

مَجَلَّةُ
المعهد الطبي العربي
تبحث في الطب والصيدلة وجميع فروعها

يصدرها عن دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي مرة في الشهر ما عدا شهري آب وابلول

كل ما يتعلق بالانشاء يفادى به رئيس الانشاء الدكتور مرشد خاطر
استاذ الامراض الجراحية وسرياتها

السنه السابعة

سنة ١٩٣٥

طبع في المطبعة البطريركية الارثوذكسية في دمشق

دمشق في كانون الثاني سنة ١٩٣٠ م - الموافق لشعبان سنة ١٣٤٨ هـ

فاتحة السنة السابعة

نشكر الله في بدء هذه السنة الجديدة اجزل الشكر لانه ارانا شمس يومها الاول ونحمده اعظم الحمد لانه قيض لنا في السنوات الست التي اجتزناها ان نخدم الطب واللغة العربية العزيزة الخدمة التي اخذنا على عاتقنا القيام بها ونوجه الى زملائنا الكرام وموئزينا النشاط وقرائنا الافاضل الطف التمنيات سائلين لهم عاماً جديداً سعيداً باسماءهم . اما بعد فانه ليسرنا ان نرى مجتئنا ترتقي سلم النجاح وتفسح لها مقاماً رفيعاً بين المجالات الطبية العربية الزاكية لامرئ لا ثالث لها لانها تخدم الطب من جهة واللغة العربية من جهة ثانية

اما الطب فانها تخدمه بما تنشره من المقالات المتعة التي تجود بها قرائح كتبها ومراسلها وبما تأتي به من الابتكارات التي يقطف ثمارها اساتذة المعهد الطبي من حقل البلاد العربية نفسها فهي ولا شك المجلية في هذا المضمار . وان من قلب صفحات السنة المنصرمة رأى من المقالات الضافية عن الضنك الذي نقشي في سورية ولبنان ومصر واليونان ما لا يترك زيادة لمستزيد وتحقق ان هذه المجلة تعنى بكل ما هو بلدي من الامراض وتقتله درساً لتنقله الى علماء البلاد الاخرى الذين لا يتيسر لهم مشاهدته الا قليلا في اثناء ممارستهم الطبية . وبما

يقال في الضنك يقال ايضاً في داء التحولات (amibiase) المتفشي تشبهاً كبيراً في بلادنا السورية فقد وجهت المجلة اهتمامها الى درس هذا الداء ونشر الكثير عنه وستخصص في سنتها هذه جزءاً خاصاً به كما خصصت احد اجزائها في السنة المنصرمة بالضنك وجاءت به باراء من شاهدوا وافداته التي عمت شواطئ بحر الروم في سنتي ١٩٢٧ و ١٩٢٨ ونشرت منها نظريات بعض الاعلام في مصر وبيروت واليونان ودمشق فجاءت نظريات متوافقة في بعض نقاطها ومتناقضة في البعض الاخر وتمكن القراء الكرام بعد مطالعتها ان يقفوا على ما يحول في عقول زملائهم البعيدين من الافكار عن مرض لا يزال سببه حتى الان غامضاً .

وقد نشرت المجلة ثلاث مشاهدات عن داء الجلبان (lathyrisme) صادفها بعض اساتذة المعهد الطبي في قرية التل الواقعة في ضواحي دمشق ودرسوا هذا المرض درساً دقيقاً مبينين بعض نقاطه الغامضة التي لم تكن معروفة من قبل وكشفوا في القرية نفسها بؤرة لهذا المرض بعد ان كان كشف احدهم ببؤرة اولى له في حوران فقد شاهدوا في قرية التل الانفة الذكر ما لا يقل عن ٥٢ شخصاً مصابين بهذا الداء ولم يتوصلوا الى إقناعهم جميعهم بدخول المستشفى العام ليتمكنوا من درس داءهم درساً دقيقاً بل كان لهم ان اقتنعوا ثلاثة منهم فقط فكانوا موضوع تلك المقالة التي نشروها .

يتبين من هذا ان مجلتنا تعنى عناية خاصة بدراس الامراض المتفشية في القطر السوري ولا يعني هذا انها تهمل الابحاث الاخرى بل انها تقوم ايضاً بنقل كل مستحدث في الغرب الى ابناء الضاد فخدمتها اذن للطب خدمة لا ينكرها من قلب صفحاتها ووعى ما نشرته من المقالات في مختلف المواضيع .

اما خدمتها للغة العربية فلا تقل عن خدمتها للطب لان اساتذة المعهد الطبي
الدمشقي يعنون عناية خاصة بجعل اللغة العربية لغة علمية مرنة وبسد الفراغ
الذي أحدثه في اللغة ذلك النوم الطويل الذي اصاب العرب بعد ان دالت
دولتهم وانا اذا القينا نظرة على السنة الماضية فقط ورأينا ما ابرز اساتذة المعهد
من بنات افكارهم الى العالم الطبي من المؤلفات العربية تحققتنا عظم تلك الخدمة
التي تقوم بها المجلة ومحروها النشاط اساتذة المعهد ازاء اللغة وادركنا ان
جرائد مصر كانت على صواب في قولها « ان ما ظلت الجامعة الاميركية في بيروت
حلماً قد حققته جامعة دمشق » تعني بذلك تعليم الطب باللغة العربية .

فاللغة العربية لغة مستجعة لجميع الشروط التي توفرها لها الماشاة اللغات
العلمية الحية غير ان ابناءها يسيئون اليها بالتفاتهم الى سواها ورغبتهم عنها ولو
انهم صرفوا في سبيلها نصف الجهود التي يصرفونها في تعلم سواها من اللغات
لكانت ازهرت وعاد اليها سابق مجدها غير ان العلماء فينا متفاضون والشعب
اكثر تغاضياً لا يشجع الحركة العلمية بل يخفقها بنفوره من اللغة وعلى الرغم من
هذه الصعوبات المادية وما قامت في وجه المؤلفين من العقبات اللغوية قد
توصل المعهد في ستة الفايبر الى وضع كتب عربية جليلة الفائدة فقد اتمدنا في
السنة الماضية طبع الجزء الاول من السريزيات والمداواة الطبية وجزوه الثاني
الآن مائل للطبع وهو مؤلف ضخم يخدم اللغة والطب خدمة كبيرة .

وطبع ايضاً فن الجرائيم وهو اربعة مجلدات كبيرة واذا ذكرت هذا
المؤلف فلكي ازف الى مؤلفه البجائة اخلص تهاى بهذه التحفة الثمينه التي نفع
بها العالم الطبي العربي . لست ابالغ اذا قلت ان اصدار مؤلف كهذا بلغة الضساد

معجزة تعجز عنها الجماعة فما عساه ان يكون شأنها اذا قام بها فرد فاوجد المثات من المصطلحات التي لم يكن لها ذكر في الطب العربي القديم وألبس مؤلفه حلة عربية قشبية ناصعة البياض خالية من كل شائبة ، انني اكبر عمل الزميل الفاضل الاستاذ حمدي بك الحياط وواجه اليه في بدء هذه السنة وعلى صفحات هذه المجلة عبارات سداها ولحمتها الاقرار بفضلته على لغة الضاد العلمية .

وبرز ايضا الى عالم الطب كتابان اخران لم يعرف عنهما العرب شيئا في طبهم الغابر وهمافن النسخ والتشريح المرضي لمؤلفهما النشيط شوكة بك الشطي الذي عرفه قراء هذه المجلة من ابحاثه القيمة ومقالاته الشائقة التي قلما يبرز جزء منها ولا يكون مزداناً بنفثة من نفثات يراعه السائلة . ولا يخفى على الطيب ما اوجد علماء الغرب من المصطلحات للدلالة على ما كشفوه في هذين العلمين الجديدين وما يستدعي وضع مؤلفات كهذين بلغة الضاد من التعب وسهر الليالي ومع ذلك فقد توصل هذا المؤلف الشاب بنشاطه وثباته الى سد الثلمة التي اوجدها الزمان الغادر في جسم اللغة العربية العريضة . فوضع مؤلفيه القريدين وزفهما الى أبناء يعرب هدية ثمينة .

وقد ازدانت خزائن الطب العربي بمؤلف بديع جادت به قريحة استاذ نشيط له في اللغة العربية القدرح المعلى كسرت يراعه السائلة ادواء المتبه ردها من الزمن وحرمت قراء هذه المجلة بنات افكاره الساحرة غير ان نفسه الكبيرة التي تجول في صدره قد غالبت الداء فقلبت فماد الى ميدان العمل بهمة لا تعرف الكلل وابرز مؤلفه في علم الطبيعيات الذي تطور منذ العرب تطورا كبيرا والاستاذ جميل بك الحائفي من الذين عجموا عود اللغة ووقفوا على اسرارها فاذا وضع

مصطلحاً اتفق وضعه وهو يفار على لغة الضاد من ان يمسها الاذى او تحرك اغصانها
النضيرة نسمات اللغات الاخرى فستقط بعض اوراقها الخضراء ولهذا تراه يدأب
ليلاً نهاراً وراء تنقية الاوضاع التي يختارها وقد نشرنا له في هذه المجلة منذ زمن
مقالات بهذا الموضوع كان الاستاذ راغباً في متابعتها لو لم يوقفه المرض سيغف بدء
عمله فنحن نتمنى لزميلنا الفاضل العافية ونهته بموء لقه الثمين .

وقد وضعت في السنة المنصرمة ايضاً مؤلفاً في فن التمريض عالجته به
هذا الموضوع الحديث وما غابتي منه سوى اغناء لغة الضاد بالمؤلفات العلمية .
وترجمت رسالات ثلاثاً وضعها الاستاذ لوسر كل في امراض جهاز البول
وامراض النساء وجراحة ابواب المضم .

يستنتج مما تقدم ان اساتذة المعهد وهم منشئو هذه المجلة قد ادوا الى اللغة
العربية خدمة اقل ما يقال فيها انها جليلة ومجدة هذا شأنها يحق لها ان تسر بخطتها
وان تنابر عليها .

والمجلة ترحب بكل عضو عامل في حقل هذه اللغة العلمية وانها للجدلة كل
الجدل ان تزف الى زميل فاضل في مصر وقف نفسه على خدمة هذه اللغة
عواطف التهنئة وتكبر عمله فان معجبه البديع الذي اتحف به البلاد العربية لمن
اجل المؤلفات التي تزين بها خزائن الكتب العربية واطن ان القراء الكرام
قد عرفوا من اعني انني بقولي المهام الدكتور محمد بك شرف صاحب المعجم
الانكليزي العربي الذي اعاد في هذه السنة طبعه على ورق صقيل ونقحه فجاء
باتقانه مشابهاً لمعاجم اللغات الاجنبية ولست اخالي اذا قلت انه اوفى معجم عربي
اعجمي في العلوم الطبية والطبيعية واكثرها اتقاناً .

وانه ليسرنا ان نقرأ في هذا المعجم كثيراً من الالفاظ التي وضعناها وكنا ننشرها تباعاً في مجلة معهدنا الطبي .

ونتمنى ان تلاقي المصطلحات الجديدة التي لم ترد في المجلة وتضمنتها مؤلفات المعهد القبول فيعمد الى وضعها في طبعته المقبلة وانه ليطول بنا الكلام اذا ما جئنا في هذه العجالة على ذكر هذه المصطلحات العديدة ولعلنا نفردها بحثاً خاصاً في المستقبل اذا رأينا من وقتنا ساعة فراغ غير اننا نستسمح الزميل بايراد بضع كلمات منها على سبيل المثال ونحن لا نتوخى الا خدمة اللغة وايصال هذه الكلمات اليه لعلها تروقه فيدونها في طبعته المقبلة لان اللغة العربية بحر لا يدرك قراره كما جاء في مقدمة معجمه فعلى كل غائص ان يستخرج منه الدرر التي يقع عليها .

منها (digitigrade) قال حضرته في ترجمتها « يمشي على الاصابع وكعبه لا يمس الارض » وفي هذا الحد هفوة علمية لم يتب لها الزميل الفاضل لانه ذكر الكعب مكان العقب مع ان الكعب ترجمة (astragale) وهو لا يمس الارض مطلقاً مشي الانسان على صدور قدميه او لم يمش عليها . فضلاً عن ان هذه الجملة الطويلة يستغنى عنها بكلمة واحدة على ما نرى وهي « القفءاء ج قفداوات » جاء في تاج العروس الاقعد من الناس « من يمشي على صدور قدميه من قبل الاصابع ولا تبلغ عقباء الارض » فهل افصح للدلالة منها على المعنى المراد .

ومنها (dysurie) قال في ترجمتها « عسر البول » والترجمة صحيحة غير ان (الحَمَب) يعني عنها يقال حَمِبَ البعير حَمَباً تعسر عليه البول وكلمة خيد من كلمتين .

ومنها (polype) قال في ترجمتها اخطبوط (معرب عن اليونانية) والوضع صحيح واننا نفضل ابقاء هذه الكلمة لترجمة (poulpe) وهو الاخطبوط (احد الملاميات) ونترجم (polype) الورم المعروف بـ « مرجل » اي الكثير الارجل تمييزاً له عن ذاك وهذه الكلمة من وضع العلامة الكرملية .

ومنها (axis) قال في ترجمتها « المحور » وهذه الترجمة اللفظية صحيحة ونفضل عليها « الفائق » كما ذكر الاستاذ جميل بك الثاني (راجع مجلة المعهد الطبي المجلد ٣ ص ٢٣٠) .

ومنها (cavité glénoïde) « التجويف الاروح - النغص - حقة الكتف » ونفضل « الصدف » والصدف هو موضع الوابلة من الكتف والوابلة رأس العضد كما لا يخفى .

ومنها (trachée) قال فيها (الحَجَب - والقصبه الهوائية - وقصبه الرئة - وقصبه الخنجره والنخ) وكلها حسن غير ان الكلمة الواحدة منها وهي الحجب معناها مجرى النفس وهو معنى مطلق وليس فيه ما يدل على الـ (trachée) فقط ولهذا نفضل الرغامى وهي قصبه الرئة لتسهل النسبة اليها فيقال رغامى .

ومنها (tendon d'Achille) « وتر اخيلوس - وتر اخيل ، وتر العرقوب » جاء في المعاجم « العرقوب عصب غايظ موتر فوق عقب الانسان » ويعني القدماء بالعصب ما نسيه اليوم الوتر فالعرقوب هو اذن وتر اخيل نفسه ومن مرادفاته « الدابرة » ولعلها افضل من العرقوب الذي يطلق على الانسان والحيوان فقد ورد « الدابرة عرقوب الانسان » .

ومنها (retroflexion) « انثناء الى الخلف ، انعطاف بفتة للخلف ، عوج

للخلف بفتة ، انكفاء الى الوراء » والقيح يصح في ترجمة هذه الكلمة يقال « قبح فلان المزادة ثنى فيها الى داخل فانما ادخل رأسها الى خارجها قيل قمعها » ويرادف القمع الخنث وكلاهما يصحان في ترجمة (antéversion) .

ومنها (canal lacrimal) « قنوات الدمع ، مسابيل الدمع ، مدامع » والمدامع موضع الدمع او مسيل الدمع من قبل الرأس ولا يفيد القناة الا على سبيل التوسع اما « القسيمة او القسيمة » فهي مجرى الدمع .

هنا نزر من الكلمات اوردناه على سبيل المثال معتقدين ان زميلنا الفاضل يحمل ملاحظتنا محل الاخلاص لاننا مكبرون لعمله الذي لا يقدم عليه الا من أوتوا صبراً جميلاً وعلماً غزيراً وما هذه الكلمات التي وقفنا عليها في اثناء مطالعنا ولم يعثر عليها قلم زميلنا لتحط من معجم جامع كعجمه هو ولا مشاحة افضل معجم من نوعه علماً ولغة .

هنا ما عن لنا في مطلع هذه السنة الجديدة سائلين من يرى البرية ان يحقق ما فيه نفع امتنا العزيزة والسلام .

رئيس الانشاء

الدكتور

مرشد خاطر



انخفاض التوتر الشرياني في الامراض المزمنة

مترجمة بقلم الاستاذ شوكة موفق الشطي

بحث الينا استاذنا الفاضل جيرهو (Girard) بتقريره المرفوع الى مؤتمر الطب في موبليه وقد تناول فيه بحث انخفاض التوتر في الامراض المزمنة . ولما كان هذا البحث من اهم الابحاث التي لم تتفق عليها الراء ولا تزال موضوعاً للحوار والمناقشة . ولما كان استاذنا المذكور من كبار بحاثي معهد موبليه وقد قتل هذا الامر بحثاً وببذ الراء الشاذة ودون منها الناجية وددنا الانحرم قراء مجلتنا الكرام نقتات قلمه السيل واختباراته المديدة فترجناء بايجاز وتصرف

ينخفض التوتر الشرياني في كثير من الامراض المزمنة وتلبس اعراضه باعراض المرض الذي احده .

وقد ينخفض التوتر في اشخاص سليبي البنية خالين من العلل (انخفاض التوتر المجهول السبب وندعوه مجهول السبب لان العلم الحاضر لا يزال عاجزاً عن معرفته وليس لدينا وسائل كافية لسبر غور حقيقة هذا الانخفاض الصريح ومعرفته سببه الاكيد) . ونقص التوتر هذا خاص بمجرد عن العوامل والافات العضوية المؤثرة تأثيراً مقصوداً في نظم التوتر وتبدله (القلب وهو المحرك الاساسي المحدث للتوتر والعروق وهي الاعضاء المتقلصة بالياها العضلية (الشرايين العضلية ، وعناصرها المرنة (الشرايين المرنة) او معتقاً (الجملة العصبية) الغدد

الداخلية الافراغ ومفرزاتها) وينقص التوتر الاساسي دون ان تصاحبه تغيرات في الاعضاء التي ترئس حادثة التوتر الدموي .

وتختلف مرتبة الانخفاض من حال الى حال فهي مرتفعة ارتفاعاً نسبياً متظلاً في البعض ومنخفضة انخفاضاً يتنا لا نظام له في الآخرين . والبيئة الحلقية تدخل في حادثة التوتر اذ ينجم نقصان التوتر الاساسي من الاضطراب الحلقطي ويسعى الجسم على الرغم من هذا الاضطراب الحلقطي الى التوافق مع الاعضاء المؤثرة على مرتبة منخفضة وتنظيم التوازن عليها .

والانخفاض على ثلاثة انواع انقباضي واسترخائي وكلبي اي انقباضي واسترخائي معاً . وتدعو الى اختلاف الانخفاض من انقباضي واسترخائي ظروف دورانية شاذة يجب درسها على حدة .

وهناك انخفاضات توتر ناحية بحثها دقيق تنجم من اسباب مقصودة آلية او محدثة اضطراباً في حركة الاوعية . يشمل والحالة هذه درس انخفاضات التوتر حالات مختلفة .

ويختلف عمل الاعضاء في توتر الشريان فمنها ما يؤثر تأثيراً مقصوداً (الدم ولا سيما كيتته وحججه والقلب وهو المحدث للتوتر الانقباضي وقديكون له في التوتر الاسترخائي بعض التأثير والعروق ولا سيما الشرايين العضلية والمرنة والعروق الشعرية) او معتقاً بتبدله حر كاتها (توسيعها وتضيضها) وامرها ونهيا . (جملة الاعصاب الودية ، الغدد للداخلية الافراغ ومفرزاتها ، الانعكاسات او بتأثره تأثيراً كيمياوياً) (قلة مولد المحوضة في الدم ، تسمم الدم بحمض الفم ، السموم المتنوعة) او طبيعياً كيمياوياً .

الحالات السريرية لانخفاض التوتر

امراض القلب المزمنة : يضطرب التوتر في امراض القلب المزمنة اضطراباً متنوعاً (آفات القلب وتغيرات وظائفه) . ويبدو هذا الاضطراب بنقص التوتر الانقباضي او الاسترخائي او نقص التوترين .

وقد تؤثر العوامل المحيطة بتغير صفحة انخفاض التوتر الشريانية
ينجم هذا القصور التوترى من اضطراب الموازنة اللائبة في جريان الدم
فينخفض التوتر الاسترخائي في بطء نظم القلب المفضي الى زيادة مدة الاسترخاء
وفي آفات القلب التشريحية حيث يعود الدم اثناء الاسترخاء الى القلب عودة غير
طبيعية (قصور الوتين) وفي الحالات التي ينقص فيها حجم الموجة الدموية
(التضيق الوتيني) .

وقد تشترك هذه العوامل جميعها .
وانخفاض التوتر اقل حدوثاً مما يجب ان يكون نظرياً وذلك لانه يعوض به
١ - توافق القلب وضخامته ضخامة معينة
٢ - تفاعل العروق والقلب المحيطي .

انخفاض التوتر الاسترخائي : نادر الا في قصور الوتين وبطء القلب
وقد ينجم انخفاض التوتر من نقص قوة القلب والعروق ومن سببين : خلطي
او عصبي مشتركين او منفردين

امراض العروق المزمنة : تؤثر العروق في توازن التوتر الدموي ولا سيما
التوتر الاسترخائي تأثيراً عظيماً .

الانخفاض الانقباضي الكلي المعمم يصادف في :

أ - توسع عروق بعض المناطق المرواة بالشرايين توسعاً شديداً كالبطن فإن اتساع عروقه يساعد على امتلائه بدم آت من باقي الاعضاء وهذا منقص للتوتر
ب - اضطراب دورة الدم في الرئة وفي الاوردة

ج - تصلب الشرايين (وهو المحدث لزيادة التوتر) قد يحدث انخفاضاً انتقائياً وان نادراً

د - امهات الدم الوريدية الشريانية

وقد يعرض القلب عن انخفاض التوتر المحيطي في المرة الاولى بمضاعفة جهده
انخفاضات التوتر الناحية : تنجم من آفات الشرايين او من اضطراب وظيفتها وحركاتها وكثيراً ما ينقص التوتر في الآفات الوعائية كما في ام الدم الشريانية الوريدية وغيرها . وقد تبدو انخفاضات التوتر الشريانية كأنها بدئية في آفات اعضاء مختلفة او بعض التسمات العفنة العامة وليست هذه الافات منقصة للتوتر الا لانها تؤثر اولاً في القلب وهو الناظم الاول

٣ - امراض الدم المزمنة : لا تنقص امراض الدم المزمنة التوتر الا اذا صاحبها انزفة غزيرة متكررة او دنف .

تصطبغ فاقات الدم وداء الحُضرة العرضية بانخفاض التوتر . والعامل الاساسي في احداثه هنا هو الآفة المسببة .

ويشاهد انخفاض نوتر في الحالات التي تنقص بها كمية الدم وآلية ذلك لا تزال مجهولة .

٤ - امراض الجلة العvisية والحالات الروحية المزمنة : قد ثبت ان العصب الودي ينظم التوتر الشرياني بواسطة القلب والعروق فالمرأ كز القلبية معروفة وهناك

ايضاً مراكز محرّكة للعروق (موسعة وقابضة ومراكز مختلطة محرّكة للشرايين) في البصلة والنخاع والعقد والصفائر المحيطية ومراكز علوية في السريد المخطط القشري .

تبه هذه المراكز او تنهى نهياً عصبياً . وتأذى بتأثير اسباب آليّة وطبيعية وكياوية (سمية ، مفرزات الغدد الداخلية الافراغ -- الخ) وحسية او روحية . وينجم من نهيا اتساع العروق وانخفاض التوتر . وتوجد عند ذلك حالات يختل فيها توازن العصب الودي . وقد تصاب المراكز المحركة للاوعية قصداً او تتأثر من آفات الارحاء المخية البصلية او النخاعية المجاورة . وقد تضطرب وظيفتها لسبب عام .

ينقص التوتر نقصاً عظيماً في الصدمات العصبية الكبيرة المحدثّة للوهط وفي الادوار الاخيرة لبعض آفات المنخ والنخاع الخطرة وفي رضوض الدماغ . وقد ينقص التوتر نقصاً معتدلاً في بعض الحالات كالقلع العام وداء باركنسون وفي ارتجاج الدماغ وفي كثير من الاعراض المشتركة الاخرى .

آفات الدماغ المحيطية : (الفالج الشقي) قد يصاحبها نقص في التوتر ولعل ذلك ناجم من رخاوة الطرف او من التفتح .

آفات الدماغ والنخاع والاعصاب والعضلات الرضية : كثيراً ماتحدث انخفاضاً في التوتر ناحياً او موضعياً في المناطق المحيطية المصابة وقد ينقص التوتر نقصاً موضعياً في السهام (tabes) وفي تكهف النخاع (syringomyélie) وفي الارحاء المصابة باضطراب الاختناء .

الآفات الخربة والمحدثّة للعصب الودي المحيطي : تحدث اعراضاً مشتركة

ناحية وتضطرب بانخفاض التوتر .

الحالات الروحية او الروحية العصية : يصبحها انخفاض التوتر كلما راقها إعياء (dépression) موقت بسبب ارهاق الجسم او انتهاكه وفي الحور والاعياء الوسواسي . . (الخ)

ويصادف نقص التوتر في المجانين (maniaques) والمعتوهين (démens) ولا سيما في العته البكور . وليست الاراء متفقة في هذا الصدد .

ويرافق نقص التوتر النكهة والارهاق الجسدي والروحي

• — امراض الغدد الداخلية الافراغ المزمنة : دلت التجارب والمشاهدات

السريية على العلاقة الاكيدة بين الغدد الداخلية الافراغ وتبدل قوة الشرايين والضغط الدموي . وقد اصبحت تقصيات سرجن عن علاقة قصور الكظر بانخفاض التوتر معلومة عند الجميع . ويعتقد الكثيرون ان لاضطراب افراز الغدد الداخلية الافراغ دخلاً عظيماً في انخفاض التوتر الصريح الاسامي .

الادلة السريية : ان حاء آديسون خافض للتوتر . وينجم انخفاض التوتر فيه من نقص مقدار الكظرين في الدم وهناك حادثات انخفاض في التوتر تجم من قصور الكظر قصوراً بسيطاً .

الكظرين مادة مقوية للاوعية . ولا ينجم عملها من تأثيرها في العروق قصداً بل من تأثيرها في العصب الودي المحيطي او في نسيجه الضام .

٢ — الغدة الدرقية : ان خلاصة الغدة الدرقية خافضة للتوتر ولا يعني ذلك ان التوتر في المصابين بقصور الغدة الدرقية زائد حتماً ولا انه ناقص حتماً في من كانت غدتهم الدرقية كثيرة الافراز ويتضح لنا ذلك جلياً في المصابين بداء

بازدوفان توترهم الاسترخائي ناقص يدان توترهم الانتقاضي زائد قليلاً وينشأ هذا الشذوذ في التوترين من اضطراب الودي .

وليس نقصان التوتر ثابتاً في المصابين بالوذمة المخاطية على ان فيهم اتجاهات الى الانخفاض .

الغدة النخامية : عد بعض المؤلفين اضطراب افراز الغدة النخامية ونقص النخامين محدثاً لانخفاض التوتر .

المبيض : تكثر اضطرابات المبيض في المصابين بنقص التوتر .
المشكلة : (بنكرياس) . ثبت ان الانسولين خافض للتوتر مع انه لم يذكر حتى الان نقصان توتر معشكلي المنشأ .

وينقص التوتر ايضاً في اضطراب الغدد الداخلية الافراغ جميعها .
٦ - امراض الجهاز التنفسي المزمنة : كثيراً ما يصحب امراض الجهاز المذكور نقص التوتر ولكن ليس لهذا النقص علاقة باضطراب الجهاز المذكور الوظيفية بل ربما كان ناجماً من مرض عام ولا سيما سمي اتاني اصاب جهاز التنفس . والسل هو في زمرة هذه الامراض الخافضة للتوتر .

وينجم نقص التوتر في امراض الجهاز التنفسي من العصب الودي بانعكاس قلبي شرياني احده الجهاز المذكور بطريقة آلية او من تأثير اضطراب الدورة الرئوية في البطين الايسر وفي الدورة الدموية العامة (انخفاض التوتر الآلي الناجم من نقص كمية الدم الواردة على البطين الايسر) او من قلة المحاذي (الاوكسجين) في الدم (anoxémie) وقدلفت الانظار الى ذلك المؤلفون الاميركان والانجليز .

يبدو انخفاض التوتر في السل والربو وفي المصابين بانتفاخ الرئة والزلزلات وفي الآفات العائقة لجريان الدم في الرئة ووصوله الى القلب الايسر (انضغاط باطن الصدر ، الجناباث الانسكائية المزدوجة او الانسكابات المتوترة) وفي المصابين بتصلب الرئة .

٧ - امراض الجهاز الهضمي والحلب المزمنة : ينجم نقصان التوتر في امراض الجهاز الهضمي والحلب من اسباب عديدة بعضها حقيقي والبعض الاخر لم يخلُ من النقد . ينقص التوتر في هبوط الاعضاء الهضمية واتساعها وتمدها من انعكاس في الضفيرة الشمسية سببه انجرارها بالاعضاء الحابطة وفي نقص التغذية (قلة المواد الغذائية او صعوبة امتصاصها) والاسهالات الغزيرة و ربل المعدة (gastrosuccorrhée) وفي الآفات المدفنة وفي بعض التسمات الغذائية المنشأ الكبدات المزمنة : تصطبح اضطرابات الكبد الوظيفية في اغلب الاحيان بانخفاض التوتر . واكثر الامراض الكبدية انقاصاً للتوتر هو تشمع لاينالك والحين خافض للتوتر لانه يحدث نزفاً مصلياً . وتساعد الانجاسات الصفراوية على تنقيص التوتر .

امراض الكلية المزمنة : ينقص التوتر في بعض التهابات الكلية الحديثة للإستسقاء ، التهابات الكلية العضوية المرافقة للحؤول نظير النشا وفي تشبه الكلية (nephrose) وحؤول الكلية نظير النشا المصطبح غالباً بقصور الكبد وباسهالات وبيلة آحينية وتقيح الدم .

وقد ينقص التوتر في بعض التهابات الكلية الحابسة للآزوت الرافعة للتوتر عادة وذلك متى كان المريض شيخاً مدنفاً .

٨ - الامراض الغفنة والطفيلية المزمنة : السل خافض للتوتر الا في شكله

الليفي البطيء السير . وينجم هذا النقص من سير المرض وتعب المريض ومن خلل اغذائه وذهوله ودنفه : وقد يكون نقصان التوتر اولى علامات السل التي تسبق الاعراض الصدرية وقد ينقص التوتر في الامراض الطفيلية الاخرى لاصطحابها بمجموعة نظير النشا ودنف وتقيح .

السرطان : خافض للتوتر لانه مدنف . وقد تفرز البيئة السرطانية مادة

خافضة للتوتر خاصة .

٩ - التسمات المزمنة : تؤثر السموم في دورها الحاد في المراكز المحركة

للعروق والجملة الودية فتبدل التوتر الشرياني ويبدو التوتر ناقصاً في دورها المزمن . تنقص السموم التوتر بنفسها او بايذائها للاعضاء المختلفة ذات العلاقة بالتوتر ولعل السبب الثاني اهم من الاول .

ويبدو التوتر ناقصاً في التسمم بالامرب والزرنيخ والزرنيق ومحمذي الفحم

(oxyde de carbon) وغازات الحرب والكحول والنخ .

١٠ - امراض الاغذاء والدنف : ينجم نقص التوتر فيها من القصور الوظيفي

في عضلة القلب واعضاء العروق والاعوية الشعرية والجملة العصبية والسموم الباطنة الذاتية المحللة للهوليبيات (الهستامين والبروتيد) .

وينجم من قنمان حيويين (د) نقص في التوتر (داء القدرة ، ودمات الحرب ، والامراض الغذائية الاخرى) وينقص التوتر في الداء السكري المعكلي او

المصطب بالسل او بقصور القلب والعروق .

وكثرة الحماضات في الدم خافضة للتوتر .

شراد (fugue) مكرر في مصاب بالبرداء المزمنة

للككتور ترابواستاز السريريّات الباطنة والامراض العصبية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

دعينا مرتين ونحن في سورية منذ ست سنوات لابتداء رأينا الطبي الشرعي في بعض افعال مغايرة للقانون اقترفها بعض الجنود في سياق نوب شراد لم يكن لما اقل علاقة باحدى الافات النفسانية التي تحدث عادة مثل هذه الافة حال بل كانت مسببة على ما نوعه من التعفن البردائي . وقد كانت الحادثة الاولى موضوع تقرير رفعا الى جمعية الطب العسكرية الفرنسية في ١٦ تشرين الاول سنة ١٩٢٤ وهي حادثة ضابط صغير من دمشق مصاب ببرداء مزمنة ترك عمله في احد الايام مقوداً بنافع لا يظلم دون ان يدرك ما يعمل وركب سيارة اقلته الى بيروت وبعد ان وصل اليها عاد اليه ادراكه وعجب لوجوده في تلك المدينة فذهب الى نزل ليصرف ليله فيه فاصيب بنوب بردائية الزمته الفراش خمسة ايام وشفيت بالكيتين . وبعد شفائه خشي العقاب الذي سيجره عليه تقييه عن مقربه بدون استئذان فهام على وجهه ١٥ يوماً في البرية حيث قبض عليه الدرك واعادوه .

واننا نورد اليوم الحادثة الثانية المشابهة للاولى ونرى فائدة في اعلانها وهي الشراد البردائي (fugue palustre) الطاريء بدون نوبة هذيان لان هذه

الحالة لم تذكرها الموءلفات الطبية على ما نعلم .

العر يف ل ٠٠٠ عولج اولاً في مستشفى هنري فريزييه في ايلول سنة ١٩٢٨ لاصابته بالبرداء . وقد دلت معاينة دمه في ذلك الحين ان فيه المصورات النشيطة (*plasmodium vivax*) وعولج بمقادير كبيرة من الكينين (غرامان في اليوم مدة عشرين يوماً) وبحقن ورديدة من النيوسلفرسان فشفي وعاد الى عمله وظل سليماً حتى ٢٠ كانون الثاني سنة ١٩٢٩ اذ عاودته نوب حتى جديدة فعاد الى المستشفى . فاعيدت له المعالجة بالكينين فسقطت حرارته الى الدرجة الطبيعية وبعد ان لازم المستشفى ٢٨ يوماً عاد الى فرقته واعفي من الخدمة ريثما يعاد الى وطنه بعد بضعة ايام . فلم يلبث ان اعيد الينا في التاسع من اذار لنعائين حالته العقلية لان نوبة شراد اعترته فترك فرقته حاملاً بنديقته واضاعها ولم يصب هذا العريف في اثناء سنواته العشر التي قضاها في الخدمة العسكرية بمرض اخر سوى البرداء المزمنة . فهو لم يصب بامراض زهرية ولم يكن في سوابقه الارثية افات عقلية او دماغية . احد اخوته مات مسلولاً . وهو لم يصب ابداً بنوب ولا بغيبات عقل (*absences*) في سياق خدمته العسكرية . وكان سلوكه حسناً للغاية حتى مجيئه لسورية فبدأت العقوبات الشديدة توجه اليه . ففي المرة الاولى اوقف عشرين يوماً اضطراباً للسبب التالي : كان يشغل في فرقته مركز العريف الاول وكان قد عهد اليه باستلام مرتبات الجنود فائته يوماً رسالة تنعي اليه خطيبته فنهض تاركاً سجلاته وتاه على وجهه في المدينة النهار بطوله واعيد في مساء ذلك النهار دون ان يتذكر شيئاً مما صنعه . ثم تعاقبت عليه ثلاثة قصاصات من هذا النوع بفواصل قرية لاهمال الخدمة . فستل عن

سبب هذا الاهمال فكان يجب ان لم يكن يصدر منه الا عن سهو او فقد ارادة واخيراً اقترف هذا الجرم في اثناء نوبة شراد واضاع بندقيته الحربية دون ان يتذكر شيئاً من عمله وكان قد احيل الى ديوان الحرب غير انه ارسل الينا قبل ذلك لبيدي رأينا فيه .

وكانت اراء رؤسائه مجمعة على ان هذا العريف لم يقترف جرمه الاخير عن سوء نية بل ان في عقله اختلالاً وهذا ما يدعو الى تخفيف العقاص عنه او اعفائه منه .

فقد احرك اذن الرؤساء وهم يشكرون على هذا انهم ازاء مريض وليسوا ازاء جندي خائن . ولم تكن نحن مخالفين لهم في الرأي لاننا قبل ان نعلم شيئاً عن نوب شراده السابقة كنا قد قررنا اعادته الى فرنسا بسبب بردائه المزمته . فالعريف ل . . . مصاب بالبرداء وما من شك في هذا الامر لان المخبر قد اثبتها منذ البدء . وقد عصت برداؤه الكينين والزرنيخ كما يحدث احيانا . وما نوب شراده وفقدان ذاكرته الموقت الا نوب بردائه مقمصة ⁽¹⁾ (larvées) خفيفة .

وقد اقر لنا هذا العريف انه اذا كان قد نسي جميع ما اتاه من الافعال في اثناء نوب شراده فهو يذكر الاوقات التي سبقتها اذ كان يشعر بحمارة شديدة كما في بدء نوبة بردائية . ولسنا نرى سبباً اخر لتعليل شروده المتقطع سوى البرداء .

لا تذكر ان العريف ل . . . يشرب بعض المشروبات الكحولية غير انه لم يعاقب مطلقاً على سكره فضلاً عن انه خال من جميع العلامات الدالة على التسمم

المزمن بالكحول فما من علاقة اذن بين نوب شراده والهذيان التسممي المنشأ .
 وليس هذا العريف مصاباً كما تبرهن معايتتنا باقل علامة جنونية . فلا هو مصاب
 بهذيان او مجنون او بس بل ان ملكاته العقلية والادبية سليمة كل السلامة في فترات
 شروده وقدار ذاك رته . وليس فيه اقل اتجاه الى التنسك ولم تعتره مطلقاً
 تهاويل^(٢) (hallucinations) ولا هو مصروع لانه قبل مجيئه للشرق لم يشرّد
 مطلقاً ولم تعتره نوب ولا غييات عقلية ولا هو منهروع^(٣) (hystérique) كما تبين
 المعاينة الدقيقة التي اجريناها فان جهازه العصبي سليم وانعكاساته الوترية
 والجلدية والحديقة وحسياته صحيحة . ومائمه الدماغية الشوكي طبيعي ايضاً
 فيه ٢٣ ، ٤٥ ، ستغم آحين و ٤٥ ، ستغم سكر والتفاعل الغروي وواسرمان
 منفيان . فكل هذه البراهين دعتنا الى عد العريف ل ٠٠٠ مصاباً بالبرداء
 المزمنة التي احدثت فيه هذه التشوشات المتقطعة وبدأت بتلك الاعمال المخالفة
 للقوانين . وهذا ما دعانا الى عده بريثاً واثبات قرارنا الاول باعاداته في الحال
 الى فرنسة .

قلنا في بدء مقالتنا ان الشراد البردائي لم يوصف حتى الان على ما نعرف
 خارجاً عن نوبة الحى الوصفية . فليس الهذيان مع الاسنار غير الارادية
 التي تصادف في سياق النوبة الحبيشة الهذيانية شراداً لان هذه الحالات اختلاط
 عقلي حاد مع هذيان سيار في سياق نوبة حى بردائية كما يشاهد في الحميات
 الاخرى جميعها .

اما المريضان اللذان نذكر مشاهدتهما فقد شرذا دون ان تكون حرارتهما عالية . ولم يكونا مصابين باختلاط عقلي وذهابهما وايابهما في مدة الشراذ جميعها كانا منظمين كل التنظيم . وقد حدثت نوب شرادهما في الظروف ذاتها التي تقع بها الشروحات الاخرى وعقبها فقدان الذاكرة كما يعقب تلك . ولذا رأيناها شبيهة بالنوب البردائية غير الحمية او الخفيفة الحمية ومماثلة للحالات الصرعية في الشاردين المصروعين وقد لاحظنا في مريضنا الاخير غيابة عقل (absences) يمكننا تقريبا من غيابة المصروعين وقد عرفت اليوم النوب الاختلاجية في سياق البرداء حق المعرفة فاذا كان للبرداء شكل اختلاجي فلماذا لا يكون لهذا الشكل مشابهاته وشراداته كما في الصرع الحقيقي .



داء بوت

للدكتور لومر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

قلما ندعى الى تشخيص داء بوت في بدئه . لانا نرى المرضى غالباً في آخر السنة الاولى من سلهم الفقاري او في سياق سنتهم الثانية بعد ان تكون الحدة او الخرجاة الباردة او الكساحة (paraplégie) قد بدت فيهم . ومتى بدت حذبتهم يأتون الينا او يعث بهم من قد نصحو لهم بوضع مشد جبسي فرفض وضع هذا المشد في اكثر الاحيان حذراً من ان نشجع فكرة القائمين بهذه الدعاية والظانين بان معالجة داء بوت تقوم بالمشد الجبسي .

فما السبب في تكون الحدة ياترى ؟ ليس السبب الاتخرب اجسام الفقار لان جسم الفقرة المريضة الذي ضغطه ثقل الجسم الواقع فوقه لا يلبث ان ينهار وينقلب الى الامام ويعود اسفينياً .

وما هذا التسطح سوى كسر العنود الفقاري الذي يعطف القسم العلوي منه الى الامام ويندفع الى الوراء في الوقت نفسه جاراً معه الفقرة الاسفينية التي يبرز ناتئها الشوكي . ولكي يشعر بهذا النائي الذي تعلق به الاصبع ولا يبدو دائماً بروزه واضحاً في البدء يجب اجلاس المريض وحنه الى الامام والوقوف الى جانبه وجس نواتئه الشوكية من الاسفل الى الاعلى يجعل الوسطى ملاسة للنوائى الشوكية والسبابة والبصر الى الجانبين في الميزابتين فتشعر حينئذ انملة

الوسطى في احدى النقاط يبرز زاوي دال على رجوع القسم العلوي من العمود الفقري الى الوراء وعلى انهيار الفقار . وقد تكون هذه العلامة بدئية مناسبة لزوال قرص فقط ومتى ملت الفقرتان العليا والسفلى وانهارتا كبرت زاوية الحذبة واشتد بروزها او شابهت الحذبة انحناء متفاوت الاتساع مناسباً لعدد الفقار المصابة .

ومتى بلغت الحذبة هذا الحد استصعب ردها وعدت ثابتة وقد يستطيع في بعض الحالات اصلاحها باحداث اقنوسات (lordoses) معيضة في جوار البؤرة المرضية بوسائط خاصة تستدعي مواصلة المعالجة والمثابرة عليها الامر الذي لا امل لنا به في المرضى الذين نعالجهم .

يجرب السل ولا مشاحة كل ما يسمه غير ان انتشار الافات مسبب فقط من الانضغاط الذي يحدته التقفع العضلي وثقل القطعة العليا من الجسد . فعلى اذن بثيت التاحية المريضة وارخاء العضلات ورفع ثقل الجسد عن الفقرات الانضغاطية ويتحقق هذا جبرمه بواسطة واحدة وهي « اللوح الحشوي » نغني به اضطجاع المريض على سطح صلب ومنعه منعاً باتاً عن القيام والمشي والوقوف والجلوس مدة المرض جميعها . فمتى كان المرض في بدئه كانت مدة اضطجاعه الظهري زهاء ثلاث سنوات ومتى كان المريض في نهاية سنته الاولى كانت مدة اضطجاعه زهاء ستين اذا لم تطرأ عرقلة في سياق المرض وتوءمخر الشفاء . وافضل واسطة لتحقيق السطح الصلب سرير برك (Berck) وهو ميزابة من خشب اطول من المريض بعشرين مستمتراً ، عرضها ٥٠ - ٦٠ مستمتراً وعمقها ٧ - ٨ مستمترات وعليها فراش محشو شعراً ولها قبضتان معدنيتان في طرفيها ليسهل حملها . فمتى اضجع المريض على هذه الميزابة بقي عليها مستين او ثلاث سنوات

او اكثر ريثما يشفى مرضه ويجوز ان توضع الميزابة على دكة وسط الترفة او في بستان او على سرير او على عجلة تجر باليد فيتزده المريض . ويجب ان يمدد الولد عليها ويقوم ظهره ويترك رأسه بدون وسادة وان يثبت بها بسير مار بكتفه وخصره ليستحيل عليه الجلوس . اما اثوابه فتشق في الورااء ليسهل الباسه دون ان يجلس . ويجوز ان يشد الطرفان السفليان في بعض الحالات ويثبت الرأس بجهاز مينارفا متى كان داء بوت عتقياً .

فاذا اتبع المرضى هذه المعالجة قبل ظهور الحدية نالوا الشفاء دون ادنى عيب او تشوه . اما المشد الجبسي فلا يكفي لتثبيت عمود فقاري تثبيثاً كاملاً ولا لرفع ثقل القسم العلوي من الجسد عن القطعة المريضة حتى انه لا يكفي والمريض جالس ولا يحتاج اليه متى كان المريض مضطجعاً على ظهره .

والمشد مضر في المرضى الذين يميئون اليما لتضعه لهم ثم يغيبون عن ابصارنا : لان وضعه مشجع لمن يظنون ان معالجة داء بوت تنحصر في المشد الجبسي ، على البقاء في خطاهم ولان المريض يثق به فيعتقد انه واسطة كافية لشفائه فنكون بعملنا هنا قد خدعنا المريض وانفسنا وشجعناه على الوقوف والمشي لانه يظن نفسه مثبتاً بالمشد ولا يمانعه اهله حينئذ فتزداد آفاته شدة ولا تلبث العراقل ان تظهر فيه .

واذا شفي داؤه وهذا نادر كان معيباً فلا يكون المشد قد افاده بل قد أضره الضرر الجسيم اذن لا يمنع المشد كما يقول لنا امبردان سوى شيء واحد وهو مراقبة الافة لانه الحكة تحدث وراءها اشياء كثيرة لا تراها العين الا متأخرة : تقرح الحدية ، واشتداد تخرب الفقار ، اتجاء الى التقيح ، تومر الخراجات ،

ازدياد الوضعة المعية والنخ . . . فالحذر كل الحذر من الاشارة على المريض بوضع جهاز جبسي في هذا الدور .

بل على الطبيب الذي يراعي ضميره ومهته ان يرفض رفضاً باتاً وضع المشد وان يشير على مريضه بالميلزابة الحشوية وبها فقط .

غير انني اشير بوضع مبنارفا في بعض الافات العالية لان القفا والفكين والكتفين نقاط ارتكاز كافية للتثبيت واضع جهازاً ذا نوافذ متى كان اصلاح الحدة مستطاعاً على ان يبقى المريض تحت الرقابة الدقيقة . واثبت بالجبس ولداً على اهبة السفر الى مكان بعيد تخفيفاً لما يحدثه السفر من الارتجاجات او مريضاً دل الرسم الكهربي ان افاته قديمة آخذة بالترمم لان المشد يستعيد حقوقه في زمن النعنه .

الخراجة : نصادفها في سياق معاينة المريض مصاب بالحدة او في آخر يعث به اليينا كانه مصاب باقوة ركية او نراها منومرة في مرضى لم يراقبوا مراقبة حسنة او في من ثبتهم سوانا بالمشد الذي رفضنا وضعه لهم فجاءوا اليينا بعد ان رأوا الصيديد يسيل من تحت مشدهم مع ان مراقبة بعيدة لو لم يكن المشد كانت كافية لمنع هذه الخراجة عن ان تنفتح فوراً .

او نرى الخراجة قد شقها الجراح وهذا شر البلية .

لا يخفى ان الخراجة الباردة في داء بوت نموذج للخراجة المهاجرة لان الورم السلي بعد مغادرته للجسم الفقرة تتبع النسيج المرواة ارواءً غزيراً والصالحة لتكاثر العصية فيلقحها ويسعى سعيّاً متواصلاً وقد يتلين ويظهر على جانبي العنق في ادواء بوت العنقية او في الوروب في ادواء بوت الظهرية او في غمداي سواس

في ادواء بوت الظهريّة والقطنية العليا اما في ادواء بوت القطنية السفلى فان الحراجات تتبع الاوعية الكبيرة وتظهر تارة في مثلث سكاربا وطوراً في الالية .
وهذه الحراجات التي تتبع غمداي سواس تحمل على الظن بان الافة وركية لان العضلة المهيجة تعطف الفخذ وتبعدها وتديرها الى الوحشي كما في التهاب المفصل الحرقفي الفخذي السلي فيجب حينئذ ان تميز عن الحراجات الناشئة من ذلك المفصل غير ان الوضعة المعيبة في خراجات داء بوت يستطاع تزويدها اما في التهاب المفصل السلي فجميع الحركات محدودة .

ويجب ان تؤخذ جميع الاحتياطات لمنع هذه الحراجات عن الانبثاق وان يجتنب اجتناباً باتاً شقها . لان التعفن الثانوي الذي لا بد من حدوثه خطر على الحياة . ينزل اذن هذه الحراجات وتبزل في الوقت المعين اي متى كانت سهلة المثال و متموجة دون ان ينتظر بلوغ الصديد النسيج الخلوي واحمرار الجلد وتفرغ بالاستنشاق (par aspiration) دون ادماؤها او حقنها باحدى المواد . وكثيراً ما نرى انها بعد ان تبزل بزلآ حسناً لا تعود مرة ثانية .

والحراجات الحرقفية اكثر حدوثاً فاذا اردنا بزلها كان علينا ان نغز الجلد وحشي الشوك الحرقفي القدامي العلوي عموداً على العظم وبعد ان تلامس المبزلة الشوك تدور حوله وترفع اليد اليسرى في هذه الاثناء العرى المعوية مثبتة لجيب بينا اليد اليمنى الحاملة للمبزلة تفرزها سائرة على الوجه الانسي للشوك . ولا بد من البقاء بالقرب من سطح العظم ومن اتباع انحناء العظم الحرقفي اجتناباً للغلب والاعوية الحرقفية الظاهرة .

ومتي نزع المبزلة يعود الجلد الى مكانه فيسد فوهة البزل العميقة لان

النقطة التي يزل بها الجلد لا تمازي نقطة الاقسام الواقعة تحتها وهذا ما يمنع التنوسر ولا بد من مراعاة الطهارة في هذا العمل .

ومتى تنومرت هذه الخراجات فوراً او بعد ان شقت كان عصرها كافياً لافراغها وتضييدها بالكحول واجباً امتناعاً للتعفن ما امكن زبثاً تدمل .
وقد رأينا بعض هذه الخراجات الباردة قد انقلب خراجات حارة مؤلمة فاضطررنا الى توسيعها واروائها بمحلول دكان مكافحة للتعفن . غير ان يزل هذه الخراجات لا يكفي وحده لان الثبيت هو اس المعالجة وسرير برك لا مندوحة عنه مدة الترميم جميعها . ومتى كانت الخراجات منوسرة وجب الثبيت سنة واحدة على الاقل بعد الاندمال .

الكساحة (paraplégie) : تبدو ايضاً في نهاية السنة الاولى وتوافق ظهور الخراجات في القناة الفقارية . متى تكونت هذه الخراجات ضغطت النخاع الشوكي وكان ضغطها له اسرع كما كانت القناة اضيق كما هو الامر في الناحيتين الظهرية والعنقية . وتسير هذه الكساحات الحركية الخالية من التشوشات الحسية والمتصفة بازدياد الانعكاسات كما تسير الخراجات نفسها تبدأ هذه الكساحات خلسة وتزداد ازدياداً تدريجياً حتى تبلغ اشدها ثم يدوزمن تدنيتها . ومدة سيرها هذه تعادل سنة ونصف سنة حتى الستين كما هو الامر في الخراجات الحديثة لها . ومعالجتها لا تختلف عن معالجة الخراجات نفسها ، لقد اشار كلفه يزل هذه الخراجات الفقارية غير ان يزلها مستصعب ويكتفى غالباً بالثبيت في وضعة الاضطجاع الظهرية وفي مييزة واذا كان مركز الخراجة عالياً وجب وضع جهاز ميتارفا ويموز صنم مييزة جيس يدخل فيها القسم الخلفي من الرأس

والجذع والطرفان السفليان اي من نوع ميزابة بونه ولكن يجب ان يتمكن المريض من تحمل هذه الاجهزة . فبجهاز مينارفا في البلاد المعتدلة الحرارة صعب تحمله فاعضاءه ان يكون الامر في البلاد الحارة التي يتصبب بها العرق من الجسد والشخص جالس بدون اقل عمل ان اقارب المريض يصيغون ميماً الى ابتالاته فيزعرون جهازه قبل ان يتقلب عجيته ولا فائدة منه . فيجب اذن اجتناب هذا الجهاز متى لم تتوفر الشروط لتحمله والاضطجاع الظهري على سرير برك مع تمديد متواصل معتدل ومراعاة قواعد الصحة لتنفس الجلد حسناً لا تقل نتائجه عن ذاك . وهذه الكساحات المبكرة تشفى غالباً اما الكساحات المتأخرة التي تكون ناقصة في الغالب وهي نادرة بالنسبة الى تلك وتبقى اشهراً او سنوات قبل ان تكتمل وتعتري المصابين بادواء بوت القديمة فلا تشابه الكساحات المبكرة بسيرها لانها تنجم من التهاب السحايا الصخامي (*pachy méningite*) اي من تكشف الام الجافية نفسها التي اصابها العامل السلي . ولا تشفى .

ويسمح بالمشي مع التحفظ الشديد متى كان داء بوت عادياً في نهاية السنة الثالثة اذا لم تكن قد طرأت على المريض عرقلة منذ سنة على الاقل ومتى اظهر الرسم الشعاعي ان علامات الترميم حدثت . فيستعيد حينئذ المشد قوته لانه جهاز داعم في زمن النق . وبعد ان يلبس المريض مشده الجبسي ستة اشهر يجوز اذا لم يبد شيء جديد مشكوك فيه وبعد ان يرسم العمود الفقاري رسماً جديداً ان يستعاض عن المشد الجبسي بمشد اخف مصنوع من العاج الصناعي (*celluloïde*) يلبسه المريض صباحاً فقط . ويثابر المريض على الاضطجاع ليلاً على سرير برك .

واذ لم تطرأ أقل عرقلة وسار المرض سيراً حسناً سمح للمريض بالمشي بعد سنة مع مثابرتة على لبس مشد العاج الصناعي ستين والاستعاضة عنه حينئذ بمشد من نسيج الكتان الغليظ المجهز بصلوع لحية البال (baleine) اذن يلبس المشد في النقرة وفيه فقط ومدة النقرة معادلة لمدة المعالجة ويجب ان يراقب المريض في اثناؤه مراقبة دقيقة . لان داء بوت هو الافة العظمية المفصلية الاكثر تعرضاً للتكس (بروكا) هذا هو مختصر المعالجة الموضعية .

غير ان الجراحة الطماحة الى توسيع دائرتها لم تقف ازاء داء بوت وقفة العاجز بل جربت ان تقصر مدة التثبيت اللازم للمعالجة باحداثها التصاق الفقار الجراحي او بعبارة اخرى التثبيت المقصود .

وقد اجمعت الاراء على الاستبدال (ostéosynthèse) بعد التجربات العديدة بالصاق الفقار بعضها ببعض او بالطعم العظمي وطرق اجرائه الاكثر استعمالاً ثلاث : طريقة هيس وطريقة الي وطريقة هيلستد . اما هيس فقد جرب ان يلصق النواتئ الشوكية والصفائح والنواتئ المفصلية بعضها ببعض فبعد ان يكحت هذه الاقسام العظمية كحتاً (rugination) جيداً يقطع النواتئ الشوكية عند قواعدها ويقلب بعضها على البعض الاخر .

اما الي فانه يجمع النواتئ الشوكية بعد ان يقطعها بمقراض العظم بوضعه في الثلمة التي اوجدها طعماً اقتطعه بالمنشار الدائري من الظنبوب .

وينشر هيلستد النواتئ الشوكية افقياً عند قواعدها ويدخل في الشق الذي اوجده طعماً عريضاً من الظنبوب .

والقاعدة هي ان يتجاوز الطعم في العالي والاسفل الفقار المصابة بفقرتين .

وفضلى هذه الطرق طريقة الي في الناحيتين الظهرية والظهرية القطنية التي لا يرافقها انحناء كبير وحيث النواتىء الشوكية عريضة .
والامر يختلف في الكهل والولد فان الاولاد يشفون شفاء حسناً باتصال ما بقي من الاجسام الفقارية بعضها ببعض ولو كانت قد تخربت تخرباً شديداً فاذا ما وضع طعم خلفي منع الاجسام الفقرية عن التكون في الامام والانعطاف وأخر الشفاء فضلاً عن ان هذا الطعم قد يكون عائقاً للعود الفقاري في المستقبل عن النمو . فالاستجدال في الاولاد لا فائدة منه ان لم تقل انه مضر فالعمليات الجراحية اذن ممنوعة في الولد .

اما في الكهل الذي لا يشفى مطلقاً شفاء تاماً وتضطره حالته الى لبس المشد كل ايام حياته فضلاً عن تعرضه للنائم للنكس لان التثام العظم لا يقع بل يتكون فيه مفصل موهم (pseudarthrose) . لفي مشدود فيجوز متى جاء زمن النقع ان يجرى الاستجدال الذي يدعم المشد فالطعم في هذه الحالة واسطة من وسائط التقوية .

يضع سورال الطعم في نهاية السنة الثانية ويترك بمضوعيه مضطجعين على امسرتهم خمسة او ستة اشهر قبل ان يسمح لهم بالمشي وهم لا بسون مشداتهم الجبسية البسيطة او مع مينارفا حسب حالاتهم . وبعد ان تمر ثلاثة اشهر على مشد هم الجبسي يستبدل هذا المشد بمشد من العاج الاصطناعي ويلبس ستين .

وصفوة القول ان معالجة داء بوت تختصر بكلمة واحدة وهي « السرير » وليس المشد الجبسي . دون ان تهمل المعالجة العامة التي من شأنها تقوية المريض

معالجة التهاب الفم القرصي الغشائي بحقن الوريد

بكيانوس الزئبق

للدكتورين فليكس وغوستاف جينستاي

ترجمها الدكتور ابوهم قندلفت

قرأنا في جزء مجلة العالم الطبي الصادر في ١٥ كانون الثاني سنة ١٩٢٩ مقالا للدكتور ماركو موتيزر من اجاكسيو عنوانه « معالجة التهاب الفم القرصي الغشائي معالجة ظاهرها مخالف للمنطق » اشار فيه بمعالجة المرض المذكور بحقن الوريد بكيانوس الزئبق بعد ان اتى على ذكر تسعة مرضى عالجهم بالدواء المذكور فشفي به شفاء تاما تلك القروح المسببة من اشتراك فانسات المغزلي المتمعجي (symbiose fuso - spirillaire de Vincent) وهذه هي المرة الاولى على ما نعلم التي ذكرت فيها هذه المعالجة وقد جربناها في احد مرضانا المصاب بالداء الانفي الذكري والذي كنا نعالجه منذ زمن ليس بقصير بحقن عضلاته بارسامينول كلان (arsaminol Clin) دون فائدة فذهشنا للتيجة الحسنة التي حصلنا عليها في زمن قصير لا يتجاوز الاسبوع والى القارىء تفصيل الحادثة :

في السابع والعشرين من شهر كانون الثاني سنة ١٩٢٩ استشارنا الجندي م. من فرقة مدفعية المستعمرات مرسلنا اليها من قبل طبيبه لعارض طرأ على ناجذته

السفلية . والمذكور شاب في الرابعة والعشرين من العمر صحيح البنية مفتول العضلات ولد في مقاطعة الفينستير (Finistère) ولم نجد في سوابقه الشخصية والعيلية ما يستحق الذكر .

وكان يشكو حينئذ خلافاً في التصويت والمضغ والبلع ناشئاً مما يشعر به من الألم الشديد كلما حاول تحريك لسانه . وكان فمه مطبقاً لا يستطيع فتحه وتحت زاوية الفك اليمنى عقدة ملتبة ضخمة متوسطة الحجم وكانت حرارته الشرجية ٣٨ . ٣ وقد تمكنا مع اللين والحذر من ان نفتتح الفم فتحاً طبيعياً اذ لم يكن هنالك اقل ضرر (trismus) ثم بدأنا بفحصه فوجدنا على حافة الجانب الايمن من اللسان قرحة ممتدة من قاعدته حتى منتصف المسافة بين القاعدة والرأس وقرحتين او ثلاث قرحات اخرى بيضيه الشكل اصغر حجماً من الاولى شاغلة حافة اللسان جميعها حتى ذروته . وكان الفشاء المخاطي الحدي والدهليزي لما وراء الرحي مستوراً بقروح كبيرة عديدة غير منتظمة الشكل وكذلك الفشاء المخاطي اللثوي المجاور لاعناق الاسنان اليمنى العلوية والسفلية الى ما بعد الخط الاوسط وكان يكسو هذه القروح طلاء كثيف رمادي اللون شديد الالتصاق بما تحته . وكان الفشاء المخاطي المحيط بالقروح احمر متبجعا واللعب غزيراً ورائحة الفم في منتهى الكراهة .

اما الاسنان فكانت في حالة سيئة جداً يكسو أعناقها القلع (tartre) وكانت الرحي السفلية اليمنى مفقودة والعليا المقابلة لها منخورة . كذلك كانت الثنية العليا والرحوان الاولوان والعليا والسفلى من الجانب الايسر مفقودة ولم يكن باقياً من الثنايب السفلي سوى الجذر . اما التواجد فكان نموها طبيعياً .

فجعلنا شدة الاعراض الموضعية المذكورة نهم قلة تأثيرها في الحالة العامة

على تشخيص التهاب القم القرصي الفشائي وقد ايد مخبر الجراثيم تشخيصنا هذا .
وتبين من فحص البول انه خال من السكر والاحين ولم يكشف التصوير بالاشعة
المجهولة اي ناقية مخرش ولم نزلوياً لاجراء تفاعل بورده واسرمان (Bordet
• (Wassermann)

المعالجة: في السابع والعشرين من شهر كانون الثاني اي في اليوم ذاته الذي
وصل فيه المريض حقنا عضلاته بثلاثة ستمترات مكعبة من الارسامينول
وطلينا القروح بمحلول زرقة الميتلين واعطيناه مضمضة فوق منفذاة البوتاس
نسبتها ١ / ١٠٠٠ واوصيناه بان يغسل بها فمه مرات عديدة في اليوم بعد ان
نظفنا الاسنان من القلع بقدر ما سمحت الحالة .

وفي اليوم التالي طلينا القروح بنوفرسينوبنزول فسقطت الحرارة الى
جوار ٣٦ .

وفي التاسع والعشرين من كانون الثاني اعدنا المعالجة التي اجريناها له في
اليوم الاول .

وفي الثلاثين منه كررنا المعالجة للموضعية بالنوفار سينوبنزول .
وفي اليوم التالي كررنا المعالجة التي اجريناها له في التاسع والعشرين منه .
غير ان جميع هذه الاجراءات لم تأت بتسجعة تذكر لان الاعراض الموضعية
بقيت كلها وان تكن قد خفت قليلا عن ذي قبل . فعزما على ترك المعالجة
بالارسامينول وتجربة كيانوس الزئبق .

ففي اليوم الاول من شهر شباط حقنا وريد المريض بستغرام واحد
من كيانوس الزئبق وكررنا ذلك في اليوم التالي . فكانت النتيجة فوق

ما كنا نتظر . فالالام التي كان يشعر بها المريض زالت تماماً وخف مقدار
اللعاب المفرز واصبح في استطاعته ان يعض طعامه ويلعه بسهولة . اما القروح
فاتجهت الى الشفاء والتدب وزال التهاب العقدة الذي كان موجوداً تحت زاوية
الفك اليسرى .

وبعد ان ارحنا المريض في الثالث من شهر شباط عدنا الى اجراء الحقن
في الرابع والخامس منه . ثم ارحناه في السادس منه وعدنا الى الحقن في السابع
والثامن منه .

وكانت هذه الاستغرامات الستة من كيانوس الزئبق كافية لشفاء
المريض شفاء تاماً فترك المستشفى في العاشر من شهر شباط صحيحاً
معافى .

الخلاصة : ان حقن الوريد بكيانوس الزئبق ذو فائدة مريعة اكيدة في
شفاء القروح المسببة من الجرثوم المشترك المغزلي التمعجي فجميع الاعراض
تخف وطأتها بعد الحقنة الاولى . لان الجسم على ما يظهر يحاول حال دخول
هذه المادة ان يتخلص منها عن طريق غشاء الغم المخاطي فيشكو المريض
بعد بضع ثوان من اجراء الحقنة شعوراً غريباً يصعبه وخز على موازاة قروح
الغم . ويظهر ان هذا المقدار الصغير من كيانوس الزئبق كاف لقتل العوامل
المرضية دون اىذاء النسيج كما يتبع من اعطاء المقادير الكبيرة من كيانوس
الزئبق في معالجة الزهري فانها في هذه الحالة الاخيرة تكون سبب التهاب الغم
بدلاً من ان تكون له دواء .

فيمكننا اذن ان نضيف كيانوس الزئبق الى قائمة العقاقير التي نستعملها

في الوقت الحاضر في معالجة التهاب الفم القرصي العشائي فنجعله في مصاف
التوفارسينو بنزول والبزموث وهو يمتاز عنها بأنه لا يصدم المريض . ولما كان هذا
المرض خاصاً بالفتيان قلما يخشى من حدوث عوارض سيئة العواقب كالتي تنجم
من استعمال التوفارسينو بنزول .

على انه مع ذلك يجب على طبيب الاسنان ان يكون حذرا فيقوم مقام
الطبيب بفحص قلب المريض و كلبتيه وحالته العامة قبل البدء بالمعالجة .
وكيافوس الزئبق كثير النفع في التهابات الفم المغزلية التي ليس لها سبب
ظاهر حتى في الحالات التي تكون الناجذة فيها سببا للالتهاب فيحسن استعمال
كيافوس الزئبق قبل خلع الضرس المسبب للالتهاب .



التخدير الناحي في عملية العلم (Bec de lièvre)

للدكتور فليكس وغوستاف جينستاي

ترجمها الدكتور ابراهيم قندلفت

للتخدير العام محاذير كثيرة منها انه مزعج للمريض ويستدعي مساعداً للتخدير ولمراقبة المريض في اثناء العملية فاذا كانت هذه في الوجه ولا سيما في الفم ازدادت الصعوبة على الطبيب واستدعت طريقة عملية خاصة لهذه الاسباب، وغيرها اخذ يقل استعمال التخدير العام ويحل محله التخدير الناحي الذي يفضل الاول بخلوه من المحاذير المذكورة ويفضل التخدير الموضعي المضر بالعناصر الخلوية الامر الذي له الاهمية الكبرى في سرعة التئام الجرح التاماً تاماً .

فاستناداً الى ما تقدم خدرنا العصبين تحت الحجاب في اجراء عملية العلم في الجهة اليسرى لرجل من بدو شمر له من العمر اثنان وعشرون سنة متطوع في فرقة الجر كس .

فذلكة تشريحية: تعصب الشفتان العلويتان واربتا الانف بالفروع النهائية للعصب تحت الحجاب وهو الجذع الرئيس للعصب الفكي العلوي بعد انفصال فروعه الاخرى عنه ويخرج من الجمجمة من الثقب تحت الحجاب . وهو في هذه النقطة سهل المنال فاذا خدر تخدرت كل الناحية التي يعصبها .

لذلك بعد ان عينا موضع الثقب بالضبط حقنا في كل من الجانبين ستمترين مكعبين من محلول النوفوكاين الخمسيني . ولسنا بحاجة الى القول باننا سلكنا للوصول الى الثقب المذكورة اقصر طريق وهو الطريق الخارجي أو الجلاي .

اذما الفائدة من سلوك طريق طوله ستمتران للوصول الى ثقب لا تبعد

عن سطح الجلد الخارجي سوى بضعة ملمترات في طريق خال من الخطر يسهل تحريك الابرة فيه . وقد لامست ابرتنا في الجانب الايمن الجذع العصبي فسببت اما كالبرق اما في الجانب الايسر فلم تبلغ الثقة بالضبط وهذا مفضل بل حقنا المحلول المخدر في المنطقة المحيطة بالثقبه . وبينما كنا ننتظر امتداد تأثير المخدر بدأنا بتعيم ايدينا واعداد ما يلزم للعملية التي اجريناها بحسب طريقة جالاغيه (Jalaguier) دون اقل عارض . والعملية المذكورة اجرئت في الثامن من تموز الماضي وفي الثالث والعشرين منه كان المريض قد شفي تماما وتمكن من اللحاق بفرقه وقد دهش من النتيجة الحسنة التي حصل عليها لانها مكنته من اتمام عقد زواج كان ينتظره منذ زمن بعيد وقد انضح لنا بعد هذه العملية ان هذا النوع من التخدير اى الناحي مناسب جداً لانه سهل وسريع واكيد التأثير ويمتاز على التخدير العمومي بان المريض يحتفظ بوعيه وحركاته التي لا تنكر فائدتها عندما يكون فم المريض مملوءاً يحرم من الدم . ثم اتنا تخفيفاً للنزف ضغطنا الشفتين بملاقط البيض اللينة الرؤوس منذ الصوارين حتى ارتبتي الانف ولا حاجة الى القول ان هذا النوع من التخدير لا يستعمل في الاطفال لانهم يتحركون ويكون ولولم يتألموا اما في اليغمان والكحول فالتخدير الناحي خير وسيلة لتهدئة حالة المريض النفسية وافضل مساعد للطبيب على اجراء العملية ففي اوروبا حيث تجرى عمليات الفلح والمريض لا يزال طفلاً لا يجد الطبيب بدأ من استعمال التخدير العام .

اما في البلدان الاخرى التي لا عتم بها الاباء كثيراً باجراء العملية في سن الطفولة بل يبلغ المريض اليغ وربما الكهولة قبل اجرائها فيفضل التخدير الناحي

التطهير والطهارة (antisepsie et asepsie)

للدكتور لومر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

متى دخل عامل عفني البنية من منفذ ما يتخيل ان العمل الاول الذي يجب القيام به اتلاف ذلك الجرثوم بالتأثير مباشرة فيه فيستفاد من الجرح الذي احدثه البضع او العامل الجراح لادخال مطهرات الفساد فيه والقضاء على العامل العفني . مع ان الامر على خلاف ما تنوهم لان عملنا هنا ينصر الجرثوم على البنية فتشدد العفونة وما السبب الا لان مضادات الفساد لا تقتل الجرثوم بل تخرش النسيج واذا لم تمتها موتاً كاملاً اضعفت قوة دفاعها فاستولى عليها عدوها .

فلنبحث اذن في الامر ونر ما اذا كان هذا الكلام الذي يبدو بعيداً عن المنطق حقيقياً . كانت العفونة منذ زمن ليس بالبعيد مستولية استيلاءً راعياً في المستشفيات . في ذلك العهد الذي كان يصرف به الجراحون اوقاتهم بين دار التشريح حيث كانوا يرسمون الطرق الجراحية على الجثث وبين المستشفى حيث كانوا يطبقون هذه الخطط على الاحياء . فكانوا يعملهم هذا يضعون اسس الطب الجراحي التي لا تزال تجمعها حتى اليوم غير انهم على الرغم من لباقسهم واتقانهم للطرق الجراحية كان السواد الاعظم من مبضوعيهم يموتون . وكانت بعض القاعات سيئة الطالع حتى انه ما من احد كان يدخلها لاجراء عملية الا

ويحكم عليه بالموت مقدماً . لان كل ما في المستشفى كان عفناً : الجراحين والالات الجراحية واحوات التضميد . والعوامل المعفنة كانت شديدة القوّة مخيفة لان انتقالها من جرحى الى آخريّن انتقالاً متسلسلاً كل هذه المدة الطويلة قد زاد فوعتها كما اثبتت اختبارات باستور بعدئذٍ . والجراحون الذين لم يكونوا يدركون سر هذا الامر كانوا يذرون العفونة ويمنون الموت .

ولما اعلن باستور اعماله الاولى عن الاختبارات قبل ان يكشف اي جرثوم عفني تساءل غارن عما اذا لم تكن عوامل العفونة وعوامل الاختبارات من طبيعة واحدة . وبما ان باستور كان بقي محتويات انابيبه بسداة من القطن اراد هو ايضاً ان بقي جروح المرضى من الهواء بطبقة كثيفة من القطن كان يتركها في مكانها ٢٠ - ٢٥ يوماً ويزيد عليها طبقات جديدة من القطن كلما كانت تنحرفها مفرزات الجرح فكان المبتورون يشفون بهذه الطريقة وكانوا جميعهم يموتون قبلها وقد احدثت هذه الطريقة ثورة في الجراحة . غير ان جرحى غارن لم يكونوا ينجون من التقيح والحى والعوارض العامة لانها كانت القاعدة المطردة في الجراحة ولان القطن الذي لم يكن معتمداً كان يضيف عفونته الى عفونة الجرح . ولكنهم كانوا يشفون لان هذا التضميد الكثيف كان يستشق من العمق الى السطح جميع المواد المفرزة كما تكونت . فلم يكن الجسم يتصها بل كان هذا التحفيض (drainage) الواسع والطويل المدة يجذبها اليه فكان جرحى غارن الذين قد لوّثهم يديهم وتضميدهم يفلتون من مخالب الموت . واننا نفهم الان ان البنية كانت ترتب دفاعها في ظل هذا التضميد الذي كان ينجيها من معظم الالتهابات والجراثيم الكثيرة باكتارها بالعائتها .

وبعد ان كشفت المكورات العنقودية والعقدية اوجد ليستر تضميده المضاد للفساد . غير ان هذا الجراح الانكليزي الكبير بعد ان ابلنه صديقه الكيماوي اندرسون الكشف التي جاء بها الكيماوي باستور اوجد طريقته ككيماوي وليس كاحيائي . وكانت تقوم : بتطهير اليدين والالات واحوات التضصيد بغمسها في الحامض الفينيك وباتقاء جراثيم الهواء بالراذ الفينيكى المعد لقتل هذه الجراثيم في هواء قاعة العمليات لان الهواء كان يعد اكبر عامل ملوث . وكان يفسل الجرح ايضا بالماء الفينيكى القوي بغية قتل الجراثيم فيه ثم يضمده تضميداً مبللاً بالماء ذاته .

هذا هو الزمن الاول الذي بدأ به الجراح بتطهير يديه واحل محل الطريقة القديمة السيئة طريقة جديدة فيها كل الامل . فعادت بفضلها جراحة العظام والمفاصل والبطن ممكنة بعد ان كانت مستحيلة لا يقدم عليها احد . وقد نقل هذه الطريقة الى فرنسا لوقاشمبونار في سنة ١٨٨٥ فاتبعها جميع جراحي العالم الا بعض الشيوخ الذين كانت عقولهم قد تحجرت فلم يعد الجديد يوءثر فيها . وبدأ الجميع في انحاء العالم كافة يدرسون فعل المواد الكيماوية المسماة مضادة للفساد في المخابر ويطبقون نتائجها في السريريات فبدت حينئذ في عالم الجراحة تلك المحاليل العديدة المختلفة الالوان والمتنوعة الروائح وقد رأيت بعيني قاعات الجراحة في ذلك العهد التي كانت به ارضها مغمورة بالمياه المطهرة ولم يكن الجراحون يستطيعون الخوض فيها الا وهم محتذون القباقيب .

فكانت غاية تضاد الفساد اذن قتل الجراثيم بالعوامل الكيماوية غير ان هذه الطريقة التي بهرت العالم بنجاحها في البدء لم تكن الطريقة الامينة لان قتل

الجرائم كان يستدعي مقادير كبيرة من مضادات الفساد .
وان هذه المقادير التي كانت تमित الجرائم كانت تमित في الوقت نفسه
النسج الحية . ولهذا كانت الجروح العملية تندب بصعوبة وكان الجراح في
دائرة لا يعرف اين طرفاها .

فمضادة الفساد التي ثبت فعلها في ملافاة التعفن والتي كانت تमित الجرائم
عن الالات والادوات بعد ان تقمس في تلك المحاليل القوية ساعات طوالاً والتي
كانت تمكن بعض الجروح وما من ينكر هذا من الاندمال اندمالاً بدئياً ، لم
تكن كافية لشفاء التعفن بعد حدوثه وما ذلك الا لانها كانت تخالف دفاع البنية
الطبيعي ولان فعلها في الزجاج لا يشابه فعلها في الجسد حسبما اوضحتها لنا
التحريات العلمية في هذا العصر .

ثم تابع باستور كشوفه وبين يوماً ان الحرارة وحدها كافية لقتل العصيات
الاشد متانة . فجاءت مرحلة جديدة كان لا بد للطريقة المضادة للتعفن من
اجتيازها وهي الجراحة الجافة التي عممها بين سنة ١٨٩٠ و ١٩٠٠ تاريوت
وتأريه واستعاضا بها عن طريقة ليستر . ثم مرت هذه الجراحة بمراحل تحسن
مستمر وكانت كلما ارتقت تبسط وتتأثر عنها تلك الزوائد حتى عادت كما نراها
الآن وهي تقوم بجمل كل ما يمس الجرح عقياً بكل ما في الكلمة من معنى
اي معقماً بالحرارة وحدها .

فيجب اذن ان يعم التعقيم : ١ - لوازم العمليات ٢ - يهدي الجراح
٣ - جلد المصنوع .

اما لوازم العمليات من قمصان وقنّع وقفايز ورفادات وخيوط وادوات

تضميد فتقم في الحم (autoclave) يخار الماء المضغوط واما الالات فتقم في تور بوينال المشتق من تور باستور بالحرارة الجافة واما يدا الجراح اللتان لا يمكن تعقيمها التعقيم الكافي واللذان تكونان في الغالب سبب عفونة فلا تلامسان الجرح بعد الان بل تلبسان القمازين المعقمين . وقد استعمل بعض الجراحين هذه القفايز في البدء ليقوا ايديهم بها من التلوث . واستعمال القفايز المطاطة في الجراحة لا تقل اهميته عن اهمية كشف الحم .

كان ميكوليز يستعمل القفايز دائماً في شعبته غير انه كان يستعمل منها قفايز نسج غير كتيمة .

ويعود الفضل الى شابو (Chaput) الذي اوجد القفايز المطاطة سنة ١٩٠٢ وسميت باسمه وهي ما نستعمله اليوم .

بقي جلد المريض الذي لا يستطيع تعقيمه بالحرارة وهذا لا بد في تطهيره من الالتجاء الى احد العوامل الكيماوية : واكثرها استعمالاً اليوم صبغة البود التي يطلى بها الجلد الجاف وهي لا تفعل على ما يرجح الا بتثبيتها الجراثيم حيث هي ولعلها لا تفعل الا بما فيها من الكحول . غير ان فعالها محدود ولهذا كان علينا ان نلبس الجرح العملي رفاضات طاهرة لنقيه عفونة الجدار التي يستطيع حدوثها في سياق العملية .

والدور الذي يلعبه الهواء في تصفين الجروح ، هذا الدور الذي كان يعده الجراحون القدماء اساسياً ثم اهمله من اتي بعدهم يعود اليوم الى بساط البحث لان الجراحين الحاضرين يصنعون جهدهم لاخلاء قاعة العملية من الحاضرين وآخر نط تمشي عليه جراحة اليوم هو اجراء العملية في قفص من زجاج

يمكن الناظرين من رؤية ما يجري فيه دون ان يلوثوا الجروح باحاديثهم وذهابهم وإيائهم في القاعة .

فالتلوث المحتمل بالهواء يستدعي اذن الصمت في قاعة العمليات والاسراع في العمل الجراحي غير انه على الرغم من جميع الاحتياطات المتخذة لا يحق لنا ان نسلم بالطهارة المطلقة في آخر العمل الجراحي كما يفهمها الجرايميون . لان شق الجلد نفسه يحرر العوامل المرضية المتدبجة في طبقاته السطحية فتأتي وتترك عملها بعمل الجراثيم الاخرى المتساقطة من الهواء . ومع ذلك فنحن نرى ان التقيح نادر في العمليات التي ندعوها طاهرة فما هو السبب ؟ ليست هذه الطهارة نتيجة مطهر كياوي لان هذه المطهرات لا تفعل الا في السطح فقط بل ان الفضل في هذه الطهارة يعود الى الكربة البيضاء التي تفعل في العمق ايضا .

لم تأت الحرب الكبرى الا ظهرت التعفنات العديدة القتاله التي كانت تظن الجراحة ان عهدها قد انقضى . وبدت تلك العراقل في تلك النسيج التي كانت الرضوض الشديدة والقذائف المتفجرة تستل منها قابلية الحياة وتحكم عليها بالموت المبرم ففتح باب مضادات الفساد ثانية غير انه لم يلبث ان اغلق بعد ان ثبت عجزها واليكم البيان :

في الحروب الاولى (حرب البوير والحرب الروسية اليابانية وحرب البلقان) شنت الجراحة قاعدة كان يتبعها الجراحون في جهات الحرب وكانت تقضي بتضميد الجرح تضميداً مضاداً للفساد ولفه بطبقة كثيفة من القطن ونقل الجريح الى مستشفى بعيد حيث كانت تجري العمليات اللازمة له في جوهادي . وقد تبين ان هذه الخطة بعيدة عن السداد لان العراقل المهيئة كالكراز والفنغرينا

الغازية وتعفن الدم كانت تظهر؛ مرة وتميت غدداً عديداً من الجرحى فعدلت حينئذ تلك القاعدة وعاد الجراحون الى توسيع الجروح وتخفيضها واستعمال مضادات الفساد المتنوعة واحتدم الجدل على فائدة هذه المواد وقيمتها في التطهير .

ولم تدرس حينئذ خواصها المطهرة فقط بل درس ايضاً فعلها الموقظ للنسج واستتبع من هذا البحث ان هذه المواد المضادة للفساد متى امتزجت باخلط الجسد فقدت خواصها القاتلة للجراثيم وأدت الخلايا الحية وكانت في كثير من الاوقات مسهلة للتعفن لا مضادة له .

فالسلياني يفقد خاصته المضادة للفساد بمواجهته للقيح والنسج . ونزارة الفضة والايود اللذان يتصفان بقوة قاتلة للجراثيم شديدة خارج الجسد لا يلائمان ابداً معالجة الجروح لانهما يخرشان النسج والفانول يتصف بقوة معقمة خفيفة فاذا استعملت منه محاليل قوية أملاً بتقوية فعله خرب النسج الطبيعية .

والماء الاوكسيجيني لا يفعل في الجروح الا فعلاً خفيفاً فهو يتحلل بلامسته للنسج والفعل الآلي الناجم من انبعاث الاوكسيجين تفوق قيمته قيمة الفعل المضاد للفساد حتى ازاء الجراثيم اللاهوائية والنخ .

. وصفوة الكلام ان صفقة مضادات الفساد لم تكن رابحة لانها لم تكن تمنع التعفّنات عن الظهور ولا التعفّنات بعد ظهورها عن ان تتابع سيرها . ولما ظهرت في الجراحة محاليل من شأنها تقوية الدفاع الموضعي او عدم ابتائنه كالمصل الخلقى الذي يلائم حياة الخلايا ومحلول كلورور المنزويوم بنسبة ١٢ في الالف الذي اشار به دلبه وهو محلول ينشط الخلايا البيضاء ومصل ريت القوي الذي ينظف الجرح

من الداخل الى الخارج باحداثه بطريقة التحال تنوحاً شديداً وقد تبين ان الاستشماس (*héliothérapie*) اشدّ نفعاً لانه يوسع الاوعية توسيعاً شديداً في المنطقة المشعة ويحدث تنوح المصل الذي يغسل الجرح من الباطن الى الظاهر . ويظهر ان الكلور هو المادة الفضلى بين المواد القاتلة للجراثيم وهو يستعمل بشكل ماء جافال الممدد او ماء لبارك القديم العهد الذي كان يعدين مخثرات النسيج . وقد اقر رأي دكان بغداد ان فحص عدداً من المواد وقابل بين فعلها القاتل للجراثيم والمخرش للنسيج الطبيعية على تحت كلورية الصوده المعدلة ومحلول دكان هو المحلول الذي يستعمله كرل طبقاً لطريقة تضمن تجدد المستمر ودخوله لجميع منرجات الجروح وقد تحسنت به معالجة جروح الحرب تحسناً باهراً ولا تزال هذه الطريقة مستعملة حتى يومنا ولا سيما في معالجة الجروح المتعفنة العميقة غير ان هذا المحلول قاتل للجراثيم بفعله المحلل للنسيج التي لا قبل لها بالحياة لانها فقدت دورانها فهو يطهر الجرح لانه يزيل منه بيء الاستنبات الصالحة للجراثيم باذاته اياها وهو من جهة ثانية لا يعوق فعل كثيرات النوى لانه غير مخرش فمحلول دكان ينظف اذن الجروح تنظيفاً كيمياوياً كما ينظفها تنظيفاً آلياً اما فعله في النسيج السليمة فلا فائدة منه لان هذه النسيج يجب ان تترك وشأنها لكي تجهز شروط دفاعها ومسألة الطهارة تقوم بهذا الامر وبه فقط .

ولم تظهر الحقيقة واضحة هذه المرة الا حينما عادوا الى تعاليم المعلم الاكبر باستور ولم يشكوا فيها فقد قال باستور حين كلامه عن الجروح المتعفة بالضمات الغضة « . . . ولكن متى تركت في زاوية من الجرح خثرة دموية

واحدة او قطعة واحدة من اللحم الميت احدثت العوامل العفنة باقل من ٢٤ ساعة عدداً لا يحصى من الضمات كافية لاجداث تسمم دموي مميت بعد مدة قصيرة . فكلامه هنا يدل دلالة واضحة على ان تطهير الجرح الحديث تطهيراً آلياً شرط قد ائتمنه له باستور (قطع النسيج الموضوعة حتى النسيج السليمة ، قطع النزف باعثناء فائق) هذه هي الطريقة الحديثة التي انزلت عن عرش مجدها مطهرات الفساد الكيماوية .

ولم تستعمل هذه الطريقة الا في منتصف السنة ١٩١٥ وهي تقوم باستعمال المقرض والمبضع وفقاً لقواعد الطهارة الدقيقة وهي وحدها كافية لازالة العامل المرضي الملحق به والاجسام الغريبة الملوثة وجميع النسيج الموضوعة التي تصلح لان تكون مستنبتات للجراثيم وهذا ما دعوه التقشير (*épluchage*) او تنضير الجروح فيها يعاد الجرح الرضي جرحاً جراحياً واقعاً في نسيج سليمة وتستطاع خياطته في اكثر الاحيان بعد تنضيره كما ان ندبه قد يكون بالمقصد الاول . ولسنا نغني بهذا ان المبضع والمقرض قد ازالا جميع الجراثيم الكائنة في الجرح بل انها ازالا معظمها واعادوا النسيج في حالة دفاع حسنة فاكلت الكرية البيضاء العمل . وقد دلت الممارسة دلالة واضحة ان الجروح المعالجة بهذه الطريقة بسرعه شفاؤها اكثر من الجروح المعالجة بالطريقة المضادة للفساد . ومنذ الوقت الذي عومت به هذه الطريقة نقصت مدة الاستشفاء في المستشفيات نقصاً كبيراً . فان الجروح التي كانت تعالج بالطرق المضادة للفساد كانت تبقى اسابيع واشهرآ تاركة متى نجما المريض من الموت نواسير وعقائيل خطيرة اما الجروح المعالجة بالطريقة الطاهرة

قلم تكن مدتها سوى ١٠ - ١٢ يوماً وهذا ما مكن فرنسا من ارسال ما لا يقل عن نصف مليون من جرحاها الى ساحة القتال في سياق سنة ١٩١٨ قبل الهدنة .

ان هذا الاختبار قد قلب الجراحة بطناً لظهر ودك الاعتقاد بنفع مطهرات الفساد من اسسه وقد استبطل هذه الطريقة الجديدة : تنضير جروح الحرب وخياطتها البدئية الجراحون الفرنسيون وقد اقتبسها منهم جراحو البلاد الاخرى .

وما يقال في جروح الحرب يطلق على بعض الجروح التي تحدث في زمن السلم .



الصداعات (خلاصة مؤتمر بوردو)

« ٢ »

للدكتور انستاس شاهين رئيس سريريات امراض

الاذن والانف والحنجرة

يجدر بنا قبل الخوض في شرح كيفية حصول الصداعات ان ننظر في
الاسباب الداعية الى حصولها .

فعلم امراض العين يشغل مكاناً هاماً في درس الصداعات من حيث الحلقة
المرضية . ومن البديهي ان تفحص عيون كل مريض مصاب بالصداع وان لم
تكن هناك من علاقة ظاهرة بين الصداع والعين .

ولا يكتفى ابدأ بفحص قعر العين بل تفحص الوظائف الحركية العينية
والساحة البصرية والخ . للتأكد ما اذا كانت آفة عينية وما اذا كانت ذات
علاقة بافة مخية ام هي عينية صرفة .

فمن الافات العينية التي يمكنها ان تسبب الصداع نجد افات الحجاج
وكرة العين وطرقهما الحسية وتلي ذلك مجموعة الاعراض الناجمة من
اختلالات الانكسار .

١ - افات الحجاج : قد تبقى الالام موضعية ولا تتجاوز الحجاج بل تستقر
في جانب واحد ولكنها غالباً تمتد الى هذه الناحية وتصيب النواحي المحيطة

بالحجاج بشكل صداع . وتتج هذه الالام من الامراض الاتية :

أ - اورام الحجاج . ب - رضوض الحجاج وعراقيلها . ج - ذات العظم والسحقاق (ذات السحقاق الافرنجية خاصة ترافقها آلام تحيط بالحجاج او صداعات حقيقية) .

د - افات محتوى الحجاج (ما عدا كرة العين) التهاب محفظة تنون (ténonite) والتهاب النسيج الخلوي الوقبي (cellulite orbitaire) وفلغمون الحجاج وجميع عراقيل التهابات الجيوب الحجاجية .

٢ - التهابات كرة العين : ان التهابات كرة العين ولا سيما الحادة منها تسبب آلاماً وخوفاً من النور . وقد تستقر الالام في العين او الحجاج من الجهة المصابة ولكنها غالباً تكون بشكل صداع في النواحي المحيطة بالحجاج كالجهة حتى اعلى قسم منها وفي الناحية الصدغية والحشائية حتى الناحية القفوية .

ومتى كانت اعراض الالتهاب خفيفة جداً فلم يأت المريض على ذكر أمرها الاعرضاً وكان يشكو صداعاً مستعصياً أصابه دون ان تتجمع فيه الادوية المسكنة الكثيرة يذهب ظن الطبيب المداوي حينئذ مذاهب شتى مغفلاً التفتيش عن السبب الاسامي وظاناً ان الاعراض العينية ناجمة من ذات المنضمة البسيطة وان سبب الصداع افة في داخل القحف . ولو فتش هذا الطبيب لعلم ان ذات المنضمة البسيطة وذات الاجفان لا يرافقهما خوف من النور ولا صداع الا اذا تفرقلا بأفات القرنية او بأفات قعر العين (محتوى العين) لان افات كرة العين نفسها يمكنها ان تكون منبعاً للصداع .

فقد يكون الصداع مسبباً من افات طبقتي العين (القرنية والصلبة) .

والاعشى داخل العين (القرنية والجسم الهدبي والمشيحية والشبكية) او من آفات العصب البصري نفسه .

ونسب بعض التهابات القرنية واخص منها قرحة القرنية المسيبة من المكورات الرئوية الالام شديدة ومتشرة يرافقها ارق وخوف من النور . وفي بعض الاشكال يكون الالم شديداً للغاية يرافقه انقباض الحدقة واحياناً يزداد الانقباض والالم كثيراً وقد دعي هذا الشكل بالتهاب القرنية ذي المصرة المولمة (*kératite sphinctéralgique*) تشبهاً له بما يحصل في تشققات الشرج . ونسب التهابات الطبقة الصلبة الرئوية صداعاً قلما يظنه الاطباء مسبباً منها . فيتغلب العرض ويغفل السبب .

ولا حاجة الى ذكر ما لالتهاب القرنية من الفعل في حصول الصداع ولا سيما متى رافقه التهاب الاجسام الهدبية فاشتراكهما يسبب صداعاً موهناً للغاية . وليست الالام الحاصلة في التهاب كرة العين مسببة من العوامل الانتهاية فحسب بل لازدياد التوتر الداخلي دخل كبير في حصولها وهي آلام متشرة وشديدة يصعب تسكينها .

وقد لاحظ موراكس ان آفات الطبقة المشيمية والشبكية الافرنجية تسبب صداعاً اشده في الناحية الحجاجية .

اما آفات العصب البصري فلا يرافقها صداع الا اذا تفرقت باختلالات سحائية دماغية .

٣ — ازدياد التوتر الحاد في داخل العين : هذا الالم يرافقه الم شديد للغاية ينتشر للجبهة والصدغ ويشغل غالباً منتصف الرأس حتي الرأس كله . ومتى

اخذ الالم المريض في الليل نهض من فراشه مذعوراً دون ان يجد طريقة لتسكين
اللم بالمسكنات و يرافق الالم اقباء قد تكون شديدة ويضطر المريض وهو في انتظار
التوسط الجراحي الى استعمال المورفين تخفيفاً لالامه .

وقد تكون نوبة الالم مسببة من هجمة حادة في عين مصابة بالسعيقة (glaucoma)
المزمنة بدون اعراض ظاهرة مما تحمل غير الاختصاصي على التفشيش
عن سبب الالم في غير مكان مهمل العين الامر الذي يفضي الى العنى لتأخر
التوسط الشافي .

٤- اختلالات طرق الجهاز البصري الحسية:

تتبع من هذه الاختلالات العصابات الوجهية والعصابات (névralgies)
فوق الحجاج . ونذكر من هذه الالام الاخيرة العصابات التي تعرقل شلل
الزوج الثالث وهي علامة من تناذر^(١) (syndrome) الشقيقة والعصابات
العرضية التابعة لورم خبيث او افة افرنجية او سلية كائنة في طريق العصب
البصري او في عقدة غسر .

اما الالام المسببة من اختلالات العصب الودي فقد ذكر عنها مونبران
(Monbrun) ومدام بنيسي (Mme Bénisty) سنة ١٩١٦ تناذراً سببياً ناجماً
من بعض جروح العين . وفي جميع الحوادث التي ذكرها هذان المؤلفان كان
انفجار في العين حاصل من شظية قنبلة اصابها ولم تبقى منها شيئاً يذكر . اما هنا
العرض المسبب من انفجار العين فيتصف بالام شديدة ذات صفات خاصة

(١) هذا اللفظ من وضع العلامة الاب انتاس ماري الكرملي

ترافقها اختلالات عقلية وافرازية ولا يحصل هذا العرض الا بعد الجرح
باشهر كثيرة .

اما الالام فدائمة وتشغل نصف الرأس والوجه وقد تكون عامة . وتسمع
للنقرة ويجدر بنا ان نذكر ناحية يأخذ فيها الالم شكلاً خاصاً وهي القصة ففي
هذه الناحية يزداد احساس الجلد ويشعر المريض بوخز مؤلم مع انجذاب يشبه
الحال الحاصل عند مس هذا المكان بمجرى كهربائي وقد يشعر المصاب بالعرض
نفسه في اسفل الصدر ولا سيما في ناحية الشرسوف .

ومتى حصل الالم يشعر المريض في الناحية الموصلة نفسها بسخونة فيخيل
له ان الناحية تحترق ويستمر هذا الشعور ما دامت التوبة التي قد تنجم من
اقل جهد يصنعه المريض او من اقل انفعال يطراً عليه . ويصف المريض حس
الاحتراق كأن الناحية ملتصقة بجمرة متقدة ويكون الجلد عندئذ احمر ارجوانياً
ينصب منه العرق بفزارة .

وسنعود الى تحليل اسباب هذا الالم في باب كيفية حصول الصداع .
• — اختلالات الانكسار :

تكون هذه الاختلالات منشأً للصداع بدون ان تصحبها اعراض اخرى
وعلينا في احوال الصداع الذي نعرف اسبابه معرفة تامة ان نفحص الانكسار في
العين ثلثا يكون فيه اختلال ذو دخل في تسبب الصداع الذي يحدث لاقل
اختلال في الانكسار :

واختلالات الانكسار هي كما يلي :

١ — مد البصر (hypermétropie)

٢ - الحسر (قصر البصر) (myopia)

٣ - التفلطح (astigmatisme)

٤ - اختلاف الانكسار في العينين (anisométrie)

والى جانب هذه الاختلالات لا بد من ذكر النظر الشيخوي (presbyopia)

١ - مد البصر : يجب ان يفكر قبل كل شيء في مد البصر الذي قد يخفى امره ولا يتبه له اكثر من سائر الاختلالات ، فضلاً عن انه اعم اسباب الصداغ حدوثاً فيكفي تشخيصه لازالة الالم على الفور بواسطة العدسات المصلحة

اعراضه : يظن بمد البصر متى شكا شخص صداغاً شديداً وكان خالياً من مرض عام او موضعي ومن الافات العصبية السائرة الحديثة للصداغ ومتى بزل قطنه فكان مائه الدماغى الشوكي طبيعياً . وخابت فيه المعالجات جميعها الحية التامة . والمريض مع ذلك لا يلفت انظار طبيه الى الجهاز البصرى .

لا بل اذا سئل اجاب « اني ابصر جيداً واتمكن من رؤية الاشباح البعيدة . وقد كنت طياراً في اثناء الحرب . وانا اني الان صياد ماهر » .

فاذا استند الطبيب الى اجوبته واهمل علاقة الصداغ بحالة البصر كان مخطئاً ولينبه لكلام المريض القائل انه ينظر جيداً في البعد وربما في البعد الشاسع وليسأله عما اذا كان يحب انظر الى قرب مستتباً من هذا الخلل في وظيفة البصر .

والصداغ الناشئ من مد البصر صفات ومظاهر خاصة تحملنا على الاعتقاد بان الحافة المرضية لهذه الالام الرأسية مرتبطة باختلالات الانكسار .

١ - الصداغ والاعراض الاخرى الموصلة : تكون هذه الالام في الغالب عميقة

راحة مستقرة في العين او في قعر الحجاج غير انها الغالب تكون صداعاً حقيقياً مع حس سفودجيهي (barre frontale) او توتر في الصدغين (tension bitemporale) وآلام في الحشائين تنتشر نحو الناحية القفوية والنفرة .

ويحدث الصداع غالباً على اثر عمل قريب من العينين طويل المدة وعلى نور ضعيف . غير ان ظهوره يسرع في البالغين اكثر منه في الاولاد ويكون في اكثر الاوقات ملازماً ولا تخف مدته ولا يزول الا اذا قضى المريض عطشه الصيفية بعيداً عن اعمال مكتبه ملتجئاً بصيد الاسماك والطيور . وقد يبدأ الصداع بنوب حادة مع دعث ودوار وغثيان واقياء احياناً . واكثر المرضى يعززون صداعهم الى وهن في المعى او خلل في الهضم لان الصداع لا يصيبهم الا اذا اطالوا القراءة بعد الاكل .

ولا تقتصر الاعراض على الصداع فقط فقد تغالطه اعراض كثيرة كرجفة او اختلاجات تشبه الصرع او رعاف لا سبب ظاهر له . وقد تحتمن حليلة العصب البصري فيظنها الفاحص ركوداً في هذه الحليلة فيذهب ظنه نحو الاورام الدماغية نظراً الى الصداع وينحرف كثيراً عن التشخيص . ومن الاعراض الموضعية احمرار اطراف الاجفان وهو عرض عئيد لا يزيله الا اصلاح البصر بالعدسات وقد يخالط هذا الاحمرار بثرات يطول امد شفائها . وما سبب هذه التقيحات سوى ذلك المريض اجفانه عند شعوره بالتعب بعد قراءة طويلة .

٢- الحسر: قلما يسبب الحسر الصداع وسنبدلي باسباب ذلك متى تكلمنا عن كيفية حصول الصداع .

٣- التفلطح: حينما يخالط مد البصر تفلطحه تظهر جميع الاعراض التي ذكرناها وقد تزداد شدتها عما هي في مد البصر البسيط . وتكون خفيفة للغاية في التفلطح المختلط بالحسر .

٤- اما اختلاف شدة الانكسار في العينين فينتج منه صداد موّلم

وعنيد .

٥- ومد البصر في الشيوخ تحدث عنه اعراض كثيرة شبيهة باعراض مد البصر التي ذكرناها انفاً ولكنها اقل منها شدة واسهل شفاء .

« للبحث صلة »



تهذيب الالفاظ الطبية

للسيد عبد الحليم الطليحي

مما لا مشاحة فيه ، ان لمعهدنا الطبي العربي ، اليد الطولى ، والتدح المطى ،
في اعلاء شأن اللغة العربية المجيدة ، وفي استعادة صرح مجدها ، وعصر ازدهارها
التالدين ، سواء في ما صدر او سيصدر من مؤلفات اساتيده الاعلام ،
وتصانيفهم ورسائلهم .

فانك والحق يقال ، لو اخذت اى كتاب طبي عربي وتصفحته ، لوجدت
العبارة العربية الجزلة ، والكلمات اللغوية الفصيحة ، التي ربما دلت على معانيها
اكثر مما تدل عليها الكلمات الافرنجية نفسها ، وهذا لعمرى مما يثلج الصدور ،
ويقوي العزائم ، وينهض المهنم ، ويلقم فم القائلين بعجزها حجراً ، ويقفأ في
عيونهم حصراً .

غير انني والاسف اخذ مني مبلغه ، اسمع بين آونة واخرى ، تبليلاً في
السنة بعضهم ، اذ يأتون بالفاظ وكلمات حرفت عن مواضعها ، فلا هي اعجمية
تعرف ، ولا عربية توصف . فأليت على نفسي ان اتطفل على موائد اللغة ،
واقوم لتحري هذه الالفاظ ، علي بذلك اكون قد قمت ببعض ما يجب علي نحو
هذه اللغة المحبوبة :

ترجمت كلمة (hémostatique) بكلمتي « قاطع للنزف » والصواب رقوم
لانه جاء في التاج الرقوم ما يوضع على الدم فيرقته اى يحفظه ، وكلمة (sphincter)

بالعاصرة تارة والمعصرة اخرى والصواب مصره : مصرتا البول والغائط هما اذا خرج الاذى نقبضتا . (القاموس المحيط)

وكلمة (rotule) بالرضفة والصواب اللانغصة لان الرضفة معناها لقمة عظم الفخذ الوحشية او الانسية فقال القاموس : الرضف عظام في الركبة مضمومة كالاصابع واحدتها رضفة وقال : اللانغصة ^(١) عظم مدور متحرك في رأس الركبة . ومنها امساك الغائط والصواب حصر ، ومنها ترجمة كلمة (lordose) بالاقنساس والصواب اليزخ ^(٢) لان معنى الاقنساس التأخر والرجوع الى خلف ومعنى اليزخ خروج الصدر ودخول الظهر والرجل ايزخ والمرأة يزخا ، ومنها ترجمة (suppositoire) بالتحاميل وهذه لا تفيد المعنى المقصود وكلمة فرامات (جمع فرام) اوفى بذلك المعنى ، اذ الفرام دواء تنضيق به المرأة تضعه في فرجها ، ومنها المرضع (nourrice) لمن ترضع ولد غيرها والصواب علوق ، ومنها شريحة (lambeau) للقطعة اللحمية والصواب قرافة ، ومنها ترجمة (emporte - pièce) بقاطع المادة والصواب قارمة ^(٣) ، ومنها ترجمة (écharpe) بالثلث والصواب وشاح ، ومنها قولهم مرض متردد (يترك زماناً ويعود زماناً) والصواب مرض عداد .

(١) نهبنا الى هذه الكلمة منذ بضع سنوات (المجلة) (٢) ويرادفها الفطأ (المجلة) (٣) وتفضل « الجوب » (المجلة)

كتب حديثة

١ - اطروحة الدكتور جميل كبرة

اهدى الينا الزميل الفاضل اطروحة عن تركيب الاجفان النسيجي في اجنة الانسان التي قدمها للمعهد لوزان الطبي فاحرز بها لقب دكتور منه قرأناها فالفيناها كاملة لم تترك شيئاً عن البحث المذكور الا قتله درساً وقد جاءت محققة للاستنتاجات التي أتى بها من سبقه الى هذا الدرس وسادة للقراخ الذي تركوه . وقد استهلها بشكر اساتذته في المعهد الطبي العربي هذا الصرح الذي نشأ منه وينبع فيه فكان الاول في اكثر صفوفه وانتظم في سلك الطبابة الداخلية فيه بعد ان حاز الاولى في الفحص . واننا تقدم له خالص التهئة بمناسبة عودته من الديار الغريبة واحرازه شهادات من كبار اساتذة امراض العيون ناطقة بسعة علمه وكثرة اجابراته في الشعبة المذكورة الذي قصد الى اوربا من اجلها وقبه الله واكثر من امثاله .

تركيب الاجفان في اجنة الانسان

لا يخفى ان الاجفان تظهر في مضغة الانسان نحو الاسبوع السادس كالتوائين جلدين في كل جهة ينميان من العالي والاسفل ولا تلبث حوافهما ان تلتئم في المضغة التي بلغ طولها ٢٥ ملمتراً او ٢٧ ملمتراً . ويقع هذا الالتحام في الابطالوم فيكون صفحة متصلة ببشرة الجلد من جهة وبشرة المتضمة من الجهة الثانية وقد اطلق عليها اسم الشريط الجفني وتنشأ من هذا الشريط الحواجب وغدد ماينوميوس ثم تنخر خلايا هذا الشريط المتوسطة فينفصل الجفنان الى جفن علوي وسفلي . اما الحواجب فتنبو نحو نهاية الشهر الثالث ويتم في الشهر الرابع تكون غدد زابن

وهي انقراض الغدد الدهنية الملحقة بالحواجب . وتتمو غدد مابوميوس في النصف الثاني من الشهر الرابع في جوار حافة الشريط البشري الباطنة .

بدأ شنك بالتقصي في هذا البحث عام (١٨٨١) وتبعه غريفبرغ (١٨٨٢) فكونتستين (١٨٨٤) فأسك (١٩٠٢ - ١٩١٠) ونذكر فيما يلي موجز بعض النتائج التي حصل عليها المؤلف المذكور .

الاجفان ملتصقة في الجنين البالغ من الطول ٣٣ ملمترآ . ويبدأ التحامها من الجانبين ثم يمتد الى القسم المتوسط . وتتكون غدد مول وزايس الدهنية من براعم الحواجب . وافراز غدد مابوميوس وزايس بكور .

ويتكون غضروف الجفن (tarse) من خلايا مزنشيمية مستقرة في القسم الخلفي من الاجفان . ويقول كورنيج في مؤلفه عن المضغة : ان الجفن السفلي يظهر قبل الجفن العلوي . بمدة وجيزة (في الشهر الثاني) وان الشق الجفني يظل مفتوحاً حتى الشهر الثالث ويزول من الشهر الرابع حتى الولادة .

وان الاهداب تبدأ في الشهر الرابع وغدد مابوميوس في الشهر السادس ولا يذكر شيئاً عن العضلات المخططة والملاء وغضروف الجفن .

وقد لاحظ دوير ان الاجفان تتكون منذ الشهر الثاني . ويستقد كوتينو خلافاً لغيره ان عدد الاهداب في الجنين والكهل واحد . ويقول ويدال ان من الاهداب ما لا ينمو في الجنين بل يبقى مدفوناً ويرز للنمو في سن الكهولة فيحدث الشعرة ولم يبحث المؤلفون عن جميع عناصر الجفن بل تركوا ثلثة سد فراغها زميلنا الفاضل بعد ان درس عدة اجنة مختلفي العمر وشاهد ما يطرأ على اجفانها من التبدلات اثناء النمو وما يظهر منها باكرآ او متأخرآ . نذكر فيما يلي خلاصة انجائه

فقد جاء بعضها محققاً لما ابتداء المؤلفون .

تكون حافات الاجفان ملتحة بشرط بشري يدعى الشريط الجفني .
ويعيض بعد حين عن الشريط المذكور افضية مستطيلة منحرفة تخترقها بخاريط
اجربة الاهداب الاخذة بالنمو .

وسمك الجفنين متعادل في الاجنة الصغيرة ثم يكشف جلد الجفن السفلي
اكثر من العلوي فيعود الجفن السفلي اكشف من العلوي واقصر منه .
وغضروف الجفن العلوي اشد وضوحاً ونمواً من الغضروف السفلي ويتراكب
من طبقتين احدهما امامية تكثر فيها الخلايا والثانية خلفية رقيقة لييفاتم كثيرة .
تستقر غدد مابوميوس في الطبقة الامامية .

وتتغرس الاهداب صفوفاً وقد عد المؤلف منها خمسة في مقطع سهمي واحد
تنشأ غدد مول وزايس من الانتفاخ المولد للغدد (كوتنيو)
ويرى مبدأ تكون غدد مابوميوس في الجنين البالغ من الطول ٨ سم ونصف
الستمر وتحتوي بشرة هذه الغدد على عناصر جيئية .

تظهر عضلة مولر في جنين طوله ٨ ستمترات ونصف الستمر وتكون
حينئذ رقيقة جداً .

وفي بشرة المنضمة خلايا مخاطية (كاسية الشكل) وغدد غنية مخاطية .
ويرى النسيج المرن في جنين طوله ١٢ ستمتراً ونصف ويصبح في جنين
طوله ٢٥ سم شبكة غنية ولا سيما حول جنود الاهداب .

الدكتور

شوكة موفق الشطي

تقويم البشير عن السنة ١٩٣٠

صدر تقويم البشير هذه السنة كما كان يصدر في السنوات الماضية متضمناً من الفوائد كثيرها ومن الابحاث جليلها فجاء برهاناً ساطعاً على ما يبذله حضرة العلامة الاب لويس معلوف من العناية في جمع مواده وتنسيقها تنسيقاً حسناً يسهل على المطالع الاستفادة منها وان من ألقى نظرة على تقاويم البشير منذ يصورها حتى يومنا يرى ان هذا المؤلف يتبع سنة الرقي فهو الان يضارع التقاويم الغربية بغزارة مادته واتقانه . فالى حضرة الاب اخلص شكرنا على هديته الثمينة لا زال للعلم عضداً .

٢٠٢ خ :



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٣٠ م • الموافق لرمضان المبارك سنة ١٣٤٨ هـ

(١) انفكاك الشبكية

واهمية التمزقات في احداث المرض ومداواته

Le décollement de la retine et ses déchirures

الدكتور جميل كباره الاختصاصي بامراض العين من معهد باريس

انفكاك الشبكية الذي لا يصادفه الاختصاصي الا نادراً في البلاد الشرقية مرض له مكانته الرفيعة في مبحث الامراض وما سبب قلة المستشفين فيه ندرة الاصابات به بل خلوه من الاعراض الظاهرة فان المصاب يرمد بسيطاً كان او شديداً يهتم بدائه او من حوله به لاجرار عينيه او لانزعاجه الخفيف فيهرع الى طبيب العيون يسأله العلاج الشافي ولكن الامر ليس كذلك في انفكاك الشبكية لان المصاب به لا يدي عرضاً ظاهراً ولا يستلفت نظر من حوله اليه لبقائه

(١) ساخص هذا البحث بقسم الانفكاك الشبكي الثاني او الفجائي مع صرف النظر عن الانفكاك الذي يحدث بسبب رضي او طفيلي او ورمي

عنه محافظة على شكلها الاول وقلما يهتم المصاب بامر نفسه ولا سيما اذا لم تكن اختلالات الرؤية شديدة او كان المريض ضعيف الرؤية من قبل بسبب الحسر الشديد الذي كان سائراً سيراً متزايداً فحسب المصاب ان الاختلال الجديد منه وانه لا مندوحة له عنه فلم يحفل به ولم يستشر طبيباً .

لم يعد انفكك الشبكية التام والعى النتيجة التي لا مفر منها لانفكك الشبكية القسي كما كان الامر في الايام المنصرمة بل ان الطرق الجراحية الحديثة التي سنأتي على ذكرها قد جاءت بما لم يكن ينتظره الاقدمون فشفت كثيراً من المرضى وحسنت حالة الآخرين تحسيناً كبيراً .

لا ارى حاجة الى ذكر اعراض المرض التي يجدها القارىء في كتب امراض العين كاختلال الرؤية الفوري او السريع في اغلب الوقائع والحلقات الضبابية (phosphènes) او الوميض (éclaire) ورؤية غيم يغشي قسماً من مسرح بصر العين المصابة وتغير الاشكال كروية المستقيم منكسراً انكساراً غير منتظم سببه التواءات الشبكية وغير ذلك من الاعراض الشخصية او المرئية بمنظار العين .

ان ظهور هذا المرض الفجائي او السريع وبدء العلة في ثائي الحوادث في قسم الشبكية العلوية توضحه الالتصاقات المرضية التي تقع بين الجسم الزجاجي والشبكية في المنطقة السفلى وقله هذه الالتصاقات في المنطقة العليا الامر الذي يخضع الشبكية للجذب (تاركة الطبقة الصبغية التي ترتبط بالطبقة المشيمية ارتباطاً متيناً من ارتباطها بالشبكية التي لا ترتبط بما تحتها من الطبقات الاحداء حليلة العصب البصري والدائرة المنشارية « oraserrata ») وحصول التمزق فيها . ان نظرية انجذاب الشبكية بالجسم الزجاجي الذي طرأ عليه بعض التبدلات

النسيجية هي النظرية الوحيدة التي يمكن قبولها في تكون الانفكاك ،^(١)
فالشد الذي يؤثر في وجه الشبكية الامامي يحدث في اكثر الحالات تمزقاً
ان لم يكن في جميعها ففي في اجزاء الشبكية الضعيفة ولا سيما الكائنة بين دائرة
استواء العين والدائرة المنشارية تلك النقاط التي تسوء تغذيتها في الغالب او التي
اضعفتها التهابات العنبه الاستوائية المزمنة افرنجية كانت او سلية او ناجمة من
استحالات اخرى اصابا قسم العين الامامي مشتركة مع التوسع والتمدد
الطارئين على العين المصابة بالحسور الشديدا وبالتبدلات الناجمة من الشيخوخة^(٢) .
ويقول الاستاذ غونن (M. J. Gonin) من لوزان « لا يحق لنا ان نعد
انفكاك الشبكية الثاني او انفكاكها في الانواع الاخرى عدا الانفكاك الرضي
مرضاً مستقلاً يصيب الشبكية وحدها بل علينا ان نقر باشتراك طبقات العين
الاخرى معها » (من اراد التفصيل فليراجع تقرير الاستاذ غونن المقدم لجمعية
امراض العيون في باريس سنة ١٩٣٠) .
تمزقات الشبكية : استأذن القارئ في وقوفي قليلا عند وصف هذه التمزقات

(١) وقد دعم هذه النظرية ما قاله جالوا (M. Jean Gallois) « وهو مصاب
بانفكاك شبكية احدى عينيه » في الاجتماع العام الذي عقدته جمعية امراض العيون الفرنسية
سنة ١٩٢٨ وخلاصته انه شاهد من المصابين بانفكاك الشبكية لدى فحص الجسم الزجاجي
طبقة طبقة بالنظار الكهربائي وبالخيال المستقيم ان تكثفات الجسم الزجاجي الساجية فيه تشبه
ليفات دقيقة ثابتة عمودية على النقاط الاكثر ارتفاعاً من الشبكية المنفكة وان امانا لكبرة
بان الفحص بالمجهر الحيوي (biomicroscope) المعروف بالمصباح الشقي (lampe à fente)
سيزيد هذا الامر وضوحاً لان فحص العين الحية به اكل وادق .

(٢) اذكر مشاهدة تدعم هذه النظرية وهي انه جاء مستشفى لارايوازيار في باريس

لانها يبت قصيد هذا البحث فهي ترى غالباً في المنطقة الاستوائية العين او بالاحرى بين المنطقة الاخيرة والدائرة المنشارية الامر الذي يعيد تشخيصها مستصعباً او مستحيلاً في بعض الاحيان بدون توسيع الحلقة توسيعاً كبيراً او تاماً كافياً لرؤية الدائرة المنشارية نفسها احياناً .

اما سعة هذه التمزقات فتختلف كثيراً فقد تشبه لصغرها نقطة نزف صغير وكثيراً ما تلتبس بها وان سعتها تعادل نصف الحليمة وهذه كثيرة الحدوث وقد شاهدت منها في مستشفى لاريوازيار ما كان يمتد من قرب اللطخة الصفراء الى قرب الدائرة المنشارية وشاهد الامتاذ غونن حادثة كاد التمزق فيها يشمل الشبكية جميعها الا ان هذه الحوادث نادرة لا تجدي مداواتها نفعاً واكثر ما يصادفه المتمرن الشقوق الصغيرة التي يصعب احيانا تحريكها وكشف موقعها .

اما اشكالها فتختلف حسب اتساعها فمنها ما يشبه فرجة بسيطة او مثنية او

السنة الماضية شأب اسمه غرينور يوس وهو ملاكم اعزب يشتكي خلافاً ونقصاً فجائياً في روية العين اليمنى بعد ان اصيبت عينه اليسرى اثناء التمرين بلكمة فبعد ان عاينت عينه اليسرى ووجدتها سليمة الا بعض مناطق التهاب المشيمية المحيطي الخفيف فيها عدت الى عينه اليمنى التي توالمه فرأيتها مصابة بانفكاك الشبكية في نصفها العلوي وكانت الشبكية تتعرج امام جيب كبير وقد شاهدت التمزق الحلالي الشكل يحيط بقرافة (lambeau) كانت تتوج في الزجاجي في القسم العلوي منه وتبعد عن الدائرة المنشارية زهاء اربعة امثال الحليمة وصادفت تكثفات في الجسم الزجاجي ومناطق التهاب المشيمية المزمن اكثر مما في العين اليسرى . هذا مثال اذكره لادعم به نظرية القائلين بان التمزق يقع في مناطق ضعيفة من الشبكية ، فالصدمة على العين اليسرى لم تحدث فيها تمزقاً ولا انفكاً شبيكياً بل احدثت ذلك في العين اليمنى .

دائرية ومنها ما يشبه هلالاً أو نعل فرس ويحدد قزاة تموج في الجسم الزجاجي وهذا كثير الوقوع .

ويعرف التمزق بلون قعره الاحمر الكدر الذي يشبه بحمرته نقطة نزف وسخة او لون القعر الطبيعي في بعض الاحيان و يتميز عنه بخلوه من شعب الاوعية المركزية الشبكية ، وتحيط به حافات سنجابية هي حافات الفرجة المتوية على نفسها وقد يرى من خلاله ارتسام اوعية المشيمية التي تعرف باوصافها الخاصة . كثيراً ما يجتنب التمزق وعاء فيمر به مروره بجسر يرى جلياً ويمكننا تشبيه هذه الحالة بما نراه في بعض الكهوف السلية في الرئة حيث يجتاز احد الاوعية الكهف من جداره الواحد للآخر .

وتصادف التمزقات غالباً في الاقسام العليا لقعر العين حيث يشاهد بدء الانفكاك الشبكي بكثرة وقد يرى اكثر من تمزق واحد حين فحص القعر حتى انهم شاهدوا اربعة تمزقات في عين واحدة الامر الذي يدعونا الى فحص القعر جميعه وتحري التمزقات الاخرى بعد ان نكون قد عثرنا فيه على التمزق الاول فيحقق لنا حينئذ ان نجم بان الشبكية مصابة بتمزق واحد فقط ^(١) .

وكثيراً ما يرشدنا المريض نفسه الى المنطقة التي يقع فيها الشق متى كان نبها واجابنا عن الجهة التي رأى فيها الوميض الذي ذكرناه في مقدمة هذا البحث لان روية الدوائر الضيائية بنجم من انجذاب الشبكية المسبب من انكماش الليفات الزجاجية المذكورة وما الوميض الا نتيجة التمزق فاذا رأى المريض الوميض في

(١) وهذه التمزقات كثيرة الحدوث لا تكاد تخلو عين منها فقد ذكر الاستاذ غونن في نشرة اذاعها سنة ١٩٢٨ انه صادف التمزقات في ثلاث وخمسين حادثة من ستين .

الاسفل كان علينا ان نتحرى الشق او الانفكاك في الجهة العليا من قعر العين .
طريقة الاستاذ غونن في مداواة الانفصال :

تقوم عملية الاستاذ غونن التي بدأ بتطبيقها منذ زهاء سنة في باريس واجريت للمرة الاولى في مستشفى لاريوازيار بكبي محل التمزق باللكواة النارية (thermocautère) واهم شيء في العملية وادقه هو تعيين النقطة التي توافق محل التمزق الشبكي في سطح العين الخارجي ولذلك يقاس بعد الشق عن الدائرة المنشارية وان كانت مشاهدتها مستحيلة فن اقصى نقطة يمكن كشفها بالمنظار البسيط والخيال المعكوس والوحدة القياسية هنا هي سعة حليلة العصب البصري فيقال ان الثقب يبعد عن الدائرة المنشارية اربعة ابعاد الحليلة مثلا ولما كنا نعلم ان مساحة الحليلة ١٦٥ ملمتر يضاف اليها ٧ ملمترات بعد الدائرة المنشارية عن حافة القرنية واذا لم تمكن من رؤيتها لدى الفحص اضفنا اليها ٨ ملمترات فكان بعد الثقب حسب هذه العملية الحسابية $٤ \times ١٥ + ٨ = ٦٨$ ملم = ١٤ ملمتراً عن حافة القرنية .

وتعين دائرة نصف النهار العينية التي تمر بالثقب بنقطتين على حافة القرنية يمر الخط الممتد بينهما من مركزها ويرى التمزق بمنظار العين على امتداد هذا الخط . والنقطتان المذكورتان يشار اليهما بآبرة في رأسها صباغ ثابت كحلول زرقاء المثلين الكحولي بعد تقطير قطرتين من محلول الكوكاين لتخدير العين .
كل هذه الاستحضارات تجري قبل العملية .

واجراء العملية يستدعي تطهير العين حسب الطرق المعروفة وتخديرها بحقن محلول البنوفوكاين تحت المنضمة في المنطقة التي توافق التمزق وتؤخذ قرافة من

المنضمة بشكل نعل القرس بتجه نفعها الى القرنية فتجرد الطبقة الصلبة ويوضع خيطان يمر كل منهما بطرفي شق المنضمة ليربطا بعد اتمام العملية ، واذا كانت النقطة المطلوبة من الصلبة تحت احدى عضلات العين ، المستقيمة العلوية مثلاً تبعد بمحجن حوّل او خيط وتعين النقطة بفرجار معدني معقم يفتح ١٤ ملمترًا مع مسطرة معدنية وتوضع نقطة على الصلبة في دائرة نصف النهار التي عينها سابقاً بعد فتحة الفرجار ثم تنزل هذه النقطة بشرط دوغرف (De Graef) المستعمل في عمليات الساد وينار المشرط بعد ادخاله 90° درجة وذلك لتفريغ قسم المائع المنحصر بين المنطقة المنفصلة والمشيمية ويسحب المشرط ويدخل رأس المكواة النارية الدقيق حتى الشبكية المنفصلة وتكوى وبعده الخيطان اللذان وضعا سابقاً على شفتي جريجة المنضمة ثم تفحص العين وتضمد ولا يفتح الضماد قبل اليوم الثالث او الرابع ويضجم المريض على ظهره بدون وسادة ويخفض رأسه ويكون موضع الثقب الى الاسفل فيضبط الزجاجي بثقله المنطقة المنفصلة ويسهل الالتئام بوضع حسن^(١) .

قبلت طريقه لوزان هذه منذ ستين في فينا وبدأ الاستاذ ليندز (H. Lindner) باستعمالها قبل بارس وقد اعادها الاهمية التي تستحقها وادخل عليها بعض التعديل وذلك بقياس بعد ثقب الشبكية وتعيين موضعه وارتفاعه على الصلبة بطريقة هندسية تقوم بقياس فرجة الزاوية المحصورة بين المحور البصري والخط الذي يقطع المحور ويمر بالثقب وعين الفاحص ثم تحويل هذه الزاوية بطريقة حسابية

(١) وتفحص العين بعد زهاء اسبوع فاذا وقع الكي على الثقب وكان صغيراً ترى مكانه ندبة يضاء مصفرة وتكاثف القسم الموافق للكي من الزجاجي تكثفا يشبه آح البيض .

الى بعد الثقب عن حافة القرنية بالملمترات ولتسهيل الحساب رسموا جدولاً فيه خط منحني اشبه بمجدول قياس ضغط العين لشيوتز (Schiotz) تقرأ به بمقابل فتحة الزاوية الابعاد بالملمتر .

وقد اضافوا تسجيلاً لقياس هذه الزاوية الى القسم القريب من العدسة العينية لمنظار غولستران (Gulstran)^(١) قطعة معدنية بشكل نصف دائرة بدرجة شبيهة بقياس ساحة الرؤية (périmètre) تتحرك حول ساق المنظار الاقنية كتتحرك المقياس وعليها نقطة مضاءة بالكهرباء تنزلق على طول القوس . يبدأ اولاً بفحص قعر العين والعثور على التمزق فينبأ يشاهد الفاحص بالمنظار الثقب يعني مساعده بتدوير القوس حول المحور الاقني وتحرىك النقطة المضاءة الى ان تقع على محور المريض البصري ويراها واضحة لارتسام خيالها على الشبل الاصفر فتقرأ الدرجة على القوس وهي فتحة الزاوية المطلوبة وميل تلك القوس عن الوضع الاقني يبين لنا دائرة نصف النهار التي تمر بالثقب .

(١) هو منظار يمكننا من فحص قعر العين مكبراً ولا تزعج الفاحص به الانكسارات الضيائية لانه يفحص قعر العين من خلال منطقة ظلية من الحدقة لا يوهثر فيها النور الداخل من الجانب ويمكننا بهذا المنظار ان نميز الانخفاضات والبارزات الصغيرة في قعر العين لشدة التكبير ولا يمكن الفحص بالعينين معاً .

ولا ننكر ان رؤية الخليمة والقطب الخلفي لقعر العين هو غاية ما نري اليه في هذا الجهاز فيه نرى التمزقات الواقعة في القسم او النصف الخلفي للقعر بوضوح تام ولكن فحص المنطقة الاستوائية والدائرة المنتشرة صعب جداً او مستحيل فكمن ثقب محيطي نستطيع رؤيته بسهولة بالمنظار البسيط والخيال المعكوس ولا نستطيع اليه سيلاً بمنظار غولستران حتى بالمنظار الكهربائي البسيط الذي يمكننا من رؤية قعر العين بالخيال المستقيم مكبراً .

ويستدعي اجراء العملية اولاً تعيين دائرة نصف النهار على العين وقد اخترع الاستاذ ليندر قطعة معدنية صغيرة بشكل دائرة مدرجة ذات قياسين الاول منهما توافق دائرته محيط قرنية صغيرة الحجم والثاني اكبر منه بقليل ، فمتى وضعت هذه الآلة حول القرنية احاطت بها تماماً فثبتت بخياطتين في نهايتي محور القرنية الاقبي اي في الساعة III و IX وفي هذه الآلة الصغيرة مشعرٌ معدني طوله ٢ - ٣ سم سهل الانثناء يدور حول مركزها الذي يوافق مركز القرنية فيدار هذا المشعر المستقيم حتى تكون الزاوية في الدرجة المطلوبة لتعيين دائرة نصف النهار والتي وجدناها سابقاً فتخدش حافة القرنية خدشاً صغيراً بمشرط دوغرف في ذلك المكان ويلون بمحلول الفلثوريسين (fluorisséine) ليظهر فلا يبقى سوى فتح الفرجار بطول القياس الذي وجدناه في الجدول للحصول على النقطة المطلوبة من الصلبة الموافقة للتمزق .

والعملية لا تفرق عن عملية غونن سوى بالزمن الاخير وهو بعد استحضار القرفة على الطريقة المذكورة وتعيين النقطة المطلوبة تبزل العين فيها بمشرط دوغراف لاجراء المائع المتراكم تحت الانفكاك : تدخل ابرة المكواة الكهربائية (galvanocautère) وهي باردة وتحمى بعد ان تكون دخلت العين ويقطع التيار الكهربائي ١٥ ثانية في اثباتها تحرك الابرة حركات جانبية ليكون تأثيرها اعم ثم تنزع وتتم العملية كما في السابق .

ان قياس الزاوية التي ذكرناها سابقاً والمكونة بين المحور البصري والخط المار بالثقب بالجهاز المذكور صعب جداً ويستحيل متى كان التمزق في الجهة الانفية لقر العين لاننا بينما نشاهد الثقب لا يتمكن المريض من رؤية النقطة

المضادة على القوس الدائري التي يجيبها الانف لأنها تكون في الجهة المعاكسة للعين المفحوصة ولهذا قام غويست (H.Guist) المساعد الاول للاستاذ ليندز واخترع جهازاً ادى من الاول مؤلفاً من قوس هلالية فيها منظار كهربى يتزلق عليها بمقدار ١٨٠ درجة وهذه القوس تدور حول محور كدوران نصف دائرة مقياس ساحة الرؤية فيحذف المريض في مركز هذا الجهاز على نقطة مضادة بينا الفاحص يتزلق منظاره على القوس حتى يرى التمزق ويدار الرأس يميناً أو يساراً اجتناباً لاحتجاب التمزق خلف بارزة الانف على ان تبقى العين محدقة في المركز تماماً كما في السابق لكشف الجهة الانفية من الشبكية بالمنظار وقياس الزاوية المتكونة والمطلوبة ، تبقى عين المريض في هذا الجهاز ثابتة اما الفاحص فيحرك منظاره بعكس ما ورد في الجهاز الاول .

ان هذه الطريقة الهندسية منطقية الا انها صعبة التطبيق جداً لان التقب الصغير الذي يراه الفاحص اولاً تصعب عليه رؤيته ثانية في الفحوص المتعاقبة ولو بعد دقائق .

وعراقيل هذه العملية سواء كانت عملية غونن او ليندز قليلة جداً وقد ذكرها هجمة السعيقة (غلو كوما) بعد العملية ولكن هذا يجب ان يعزى الى قطرة الانزويين التي استعملت قبل الفحص والى استعباد المريض الشخصي لا الى العملية نفسها ، وذكروا ايضا نزفا عم الجسم الزجاجي وما ذلك الا حين اجراء العملية في منطقة الاوعية الكبيرة للعين كالاعوية المتوترة التي يجب تجنبها ، ومن محاذير العملية التفاعل الذي يرى احيانا في الزجاجي والمحدث لتكثفات او لوذمة فيه تعكره برهة من الزمن وهي تشاهد في عملية غونن لكبر المكواة اكثر مما تشاهد

في طريقة فينا (Vienne) ومن المحاذير ايضاً انحراف الكي عن التمزق وهو يصادف كثيراً ولا سيما في طريقة الاستاذ ليندز لصفير حجم المكواة التي يستعملها .

وقد حدث للاستاذ غونن نفسه ان اضطر الى اعادة العملية ثانية وثالثة للوقوع على الثقب ، واذا وقع الكي قريبا من التمزق كانت النتيجة حسنة لانه يوءثر في ساحة بعدها عن نقطة الكي ١٢٥ - ٢ مم واما اذا كان ابعد من ذلك فيضطر الجراح الى اعادة القياس والعملية والقياس اسهل هذه المرة لان روية الندبة وقياس بعدها عن التمزق يمكننا من الوقوع على الثقب وانني ارى نظراً الى الانحراف عن الثقب احيانا والاضطرار الى اعادة العملية والى جسامه راس المكواة المستعملة في طريقة لوزان وتوليد تفاعلاً في الزجاجي لا يعمل امره ومشاهدة التهاب قزحي هدي ناتج من التخرش الذي يحدثه كبر حجم المكواة ان تعدل العملية على الوجه الآتي :

يعين بعد التمزق كما في طريقة لوزان لانها لا تستوجب اجهزة ضخمة خاصة وهي سهلة على المتمرن وبعده قطع قرافة المنضمة وتعيين موقع التمزق ^(١) بنقطة صباغية على الطبقة الصلبة بحري البزل فالكي بالمكواة الكهربائية الدقيقة بعيداً عن النقطة المذكورة وفي ثلاث نقط تحيط بها ويكتفى باثنتين اذا خشي الجراح خروج قسم كبير من الزجاجي الذي لا بد من خروجه مهما كانت الطريقة المستعملة وهو امر بسيط لا يعاب به متى لم يكن الضياع كبيراً ، وتربط الخيوط التي تقرب

(١) يعنى بمعمل النقطة التي ستجرى عليها العملية في الاعلى فاذا ارى بد التوسط لسد تمزق في المنطقة السفلى للمعين بمعمل الرأس منخفضاً ما امكن خشة خروج قسم كبير من الزجاجي

شفتي القرافة ويضمد الجرح ويعامل كما في بقية الطرق ^(١) .

تفضل هذه الطريقة طريقة لوزان بأمور عديدة :

اولاً يكون المنطقة التي يؤثر فيها الكي واسعة والوقوع على التمزق او حصره يكاد يكون محققاً الامر الذي يجعلنا في مأمن من اعادة العملية .

ثانياً يكون الصدمة المرضية اخف لان الكي في نقطتين او ثلاث نقط باللكواة الكهربائية الدقيقة لا يساوي الصدمة والتفاعل الناجمين من رأس المكواة النارية مهما كان صغيراً ولكنني اكرر القول بوجوب المحافظة على الجسم الزجاجي لئلا تخرج منه كمية كبيرة وهذا الامر يتوقف على انتباه الجراح وسرعة العمل .

وهي تفضل ايضا طريقة فينا التي تكوي بها نقطة واحدة بمكواة كهرية صغيرة الحجم وقلما يشمل الكي فيها الثقب لان الوقوع خارج الثقب اكثر من الوقوع عليه لنقص الطرق المستعملة في القياس ولو كانت الطريقة المتبعة في الحساب هندسية لانا لا نتمكن من الحصول على النقطة الكائنة على الصلبة والموافقة للتمزق نظراً الى حصول التوائت عديدة في الشبكية المنفصلة والمائجة في الزجاجي وتقدم الثقب او تأخره بسبب التموجات البسيطة الامر الذي يجعل ارتسامه على الصلبة متحولاً ايضاً .

وصفوة القول ان هذه الطرق المستعملة يشترط في نجاحها ان يكون الانفكاك الشبكي حديثاً ما امكن لان الطريقة لا تنجح في الانفكاك الذي قدم عنده وحصلت فيه التصاقات جديدة تثبت شكله من جهة ولان الشبكية المنفصلة يقل حساسها بمرور الايام وقلما تستعيد حساسها الاول ولو عادت الى مقرها الطبيعي .

(١) يسمح للمريض بالجلوس بعد الاسبوع الاول من العملية .

ومن يلقي نظرة على الاحصاءات التي نشرها الاستاذ غونز يرى بوضوح ان النجاح كان حليفاً له في الحوادث التي لم تتجاوز مدتها الشهر وكما قدم الانفكاك كان الشفاء التام وعودة الرؤية الى حالها السابق مستصعباً وكانت نتائج العملية قليلة ويمكن القول ايضاً انه لا فائدة من تطبيق احدى هذه العمليات على انفكاك تجاوزت مدته الستين .

وصفة القول ان التمزقات الشبكية هي السبب الاساسي في احداث المرض ويجب ان توجه المناواة اليها وان تسد باحدى الطرق المتبعة ان لم تكن واسعة جداً .

اما اذا لم تتمكن من العثور عليها فنكتفي باجراء الكي بالمكواة الكهربائية بعد بزل الصلبة في المنطقة التي توافق المقطة الأكثر ارتفاعاً من الشبكية المنفصلة بغية احداث التصاق الشبكية بالمشيمية كما هو الحال في طريقة المسير صوردي^(١) (نانت) .

(١) يدأوي المسير صوردي كل انفصال شبكي بطريقته التي تقوم باحداث التصاق ندبي بين الشبكية وما تحتها في النقاط المنفصلة دون الاكتراث في التمزق ولكنه يستعمل احياناً بدل المكواة الكهربائية مشروط دوغرف فيدخله العين ويوصله الى الشبكية فيشتها ليحدث بين ندبتها وندبة المشيمية التصاقاً يضمن شفاء الانفكاك ويترك المريض مستلقياً على ظهره اسابيع عديدة الامر الذي ينهك قوى المريض ولا سيما اذا كان مسناً (والمرضى كثير في الشيوخ) وبسبب له عراقيل صدرية تهدد حياته .

يدان الطرق التي ذكرناها آنفاً لا تترك المريض مستلقياً على ظهره اكثر من اسبوع واحد .



سرطان الثدي

الدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

السرطان قليل في دمشق غير اننا على الرغم من قلته نرى في سياق سنة بعض حوادث منه في الثدي . ولا تأتي المريضات اليانا الا متأخرات بعد ان تكون مرت برهة على سير سرطانهن واصبح التشخيص سهلاً واضحاً لكل عين والمعالجة قليلة النفع فكنا نستأصل الثدي في جميع هذه الحادثات على الرغم من قدمها لانه الواسطة الوحيدة التي يرحى منها نفع وكانت المريضات يغربن عن اعتنا ولا نعود نرى لهن وجهاً ولا نعلم عن حالتهم امراً . نقول هذا لبنين ان وضع الاحصالات ضرب من المحال . وبما اننا لا نتمكن الان من ابداء رأي خاص عن البقعة التي نحن فيها نرانا مضطرين ان نستفيد من الاختبارات التي اجراها سوانا في بقع اخرى . فهذا الاختبار يدلنا ان سرطان الثدي في المرأة وخيم خطر يمت صاحبه بعد مدة متفاوتة الطول وربما امانها بعد ١٨ شهراً . وهذا الاختبار يبين لنا ان السرطان اذا شخص في بدئه وعولج معالجة حسنة فسح للمريضة اجلاً لا يقل عن ٨ - ١٠ سنوات وربما اكثر . فالتبكير في تشخيص السرطان توصلنا الى فائدة المعالجة سواء كان السرطان في الثدي او في بقعة اخرى امر يترتب على كل ممارس ان يجعله نصب عينيه ويشر به سواء .

ولهذا كانت غايتي من هذه العجالة الان الكلام عن تشخيص السرطان

البكور ومعالجته .

فلترك اذن جانباً السرطان المتفرح النازف ذا الحوافي المرتفعة المحاطة بجلد محذب وذا القعر المغطى بالبراعم النتنة لان تشخيصه لا يخفى على احد ولانه يكون قد سار سيراً طويلاً قبل ان يصل الى هذا الحد .

ولتكلم عن السرطان في بدئه : يبدأ السرطان بورم صغير تكشفه المرأة صدفة في ثديها متى كانت تراقب نفسها مراقبة حسنة . وهذا هو افضل زمن لاجراء التوسط الجراحي فاذا استشارت حينئذ طبيباً ماهراً فارشدها الى الطريق الذي يجب عليها السير به نجت من شر هذا الداء وربما كانت نجاتها طويلة المدة . اما اذا استشارت من يداوينا بالبرام ويخيفها من التوسط الجراحي الذي لا بد منه فيسير المرض سيره وينفق المريض ما في جعبته بدون فائدة . ومتى وصل المرض الى دور الانتشار ويشت المرضة من الشفاء اذعننت اخيراً وجاءت الى الجراح . فيجري لها مع ذلك عملية جراحية ملطفة اذا كانت لا تزال ممكنة ليخفف عنها آلامها ويعيد الايام الاخيرة من حياتها اخف وطأة عليها فترك المريضة المستشفى وتزوي في بيتها حيث تموت بعد بضعة اسابيع او اشهر . ومدة سرطان الثدي الوسطية ١٨ - ٢٤ شهراً فاذا كان في وسع الجراح ان يؤخر سيره فقط يكون قد أدى الى المريضة خدمة جليلة فكيف به اذا قضى على المرض القضاء المبرم .

ما من يجهل كيفية انتشار سرطان الثدي فهو بعد ان يبدأ في نقطة مفردة من الغدة لا يلبث ان يستولي عليها جميعها متجهاً فيها اتجاهاً عديدة ولو بدت العين سليمة فان المجهر يكشف في نسجها نوى سرطانية خبيثة وهذا ما يملئ على

الجراح القاعدة التي يجب عليه اتباعها في معالجة سرطان الثدي نغني بها استئصال الغدة برمتها .

والنسيج المجاورة تصاب بسرعة أيضاً فان ارتشاح قنوات اللبن يملأ لنا أنكمش الحليمة واصابة النسيج الحلوي يملأ لنا البطن الذي يصادف في الثدي ومتى وصل الماء الى البشرة كان التفرح على قاب قوسين او ادنى .

ويسير السرطان عمقاً فيعم صفاق العضلة الصدرية الكبيرة ثم العضلة نفسها . ومتى ^١بلغ هذا الحد عاد السرطان ملتصقاً بما تحته وسار الى الصدر فلم يسلم من شره جدار الصدر والاضلاع وغشاء الجنب ، ثم يتغل بعبداً بالمجاري البلغمية الى العقد .

لا يخفى ان مجاري الثدي البلغمية تنصب في عدة زمر عقدية غير ان الزمرة التي تصاب اولاً هي عقد ما تحت الابط وتليها عقد ما فوق الترقوة . ومتى وقع السرطان في القسم العلوي الايمن من الغدة كانت اصابة العقد فوق الترقوة وتحتها ممكنة دون ان تصاب عقد الضيق وهذا ما يجب الانتباه له .

ثم يكمل السرطان سيره فبعد ان يعفن العقد تسير في مجاري البلغم او في اوعية الدم سدادات فتعفن البنية جميعها وتستعمر احدى نواحيها وانا نذكر هذه النواحي حسب كثرة اصابتها غشاء الجنب (انصباب دموي فيه) الرئة (سعال زلة) الكبد (جن) العمود الفقاري (عصاب وركي ، كساحة مؤلمة) العظام (كسور فورية) ويموت المريض اخيراً أمدناً اذا لم تطرأ عراقيل عفنة او اتزفة فتقضي عليه .

فكل هذه الاعراض التي ذكرتها لا تحدث اذا عولج السرطان في

بدئه ويقع عبثها على الطبيب اذا ما آتته مريضة في بدء مرضها مصابة بورم صغير في احد ثدييها فأهمله ولهاها بمعالجات لا طائل تحتها . على الطبيب ان يلاحظ سن المريضة فاذا كانت دون الثلاثين يرجح الورم السليم على الخبيث كالورم الغدي او الغدي الليفي واما اذا كانت في جوار الضهي (ménopause) فعليه ان يمين بدون اهمال طبيعة المرض .

وعليه ان يدقق جيداً في كيفية ابتداء الآفة وما اذا كانت التهاباً مزمناً قد عقب الولادة او الارضاع . وان يلاحظ السير وما اذا كان الورم يكبر حجمه بسرعة بعد ان كشفت المريضة او انه على العكس من ذلك ثابت لا يتغير .

ولتفحص المريضة بعد ان تعري صدرها جميعه ويظهر ثدياها لكي تستطاع مقابلة احدهما بالآخر لان الثدي المريض قلما يكون معادلاً للثدي السليم . وينظر في الحليمة وما اذا كانت منكشة او سرء وانكماش الحليمة كما ذكرت آنفاً سببه ارتشاح قنوات اللبن وهو علامة كثيرة الحدوث وقد تكون بكورة غير انها قد لا تظهر ولكن انكماش الحليمة ليست خاصة بالسرطان لانها تصادف أيضاً في التهابات الثدي المزمنة وربما كانت الحليمة مبتلعة خاتمة . فاذا كانت الحليمة منكشة فعلى الطبيب ان يأخذ علماً بها دون ان يعدها علامة جوهرية . وهناك علاوة تفوق الاولى بالدلالة اعني بها علامة الانتشاء . متي ارتشحت الاليف الضامة التي تفصل اللحم وتصل القدة بالجلد كان من ارتشاحها نوع من التبطن فاذا قرص الجلد بالسبابة والابهام لا تتبع هذه الجبال الليفيه التي قدت مرونتها التزلق بل تظهر اتلام دقيقة او غضون في القسم الذي

تقرصه الاصبعان ويسهل تمييز هذا الامر بمقابلته مع الجلد السليم فهذا المرض اكبر قيمة ودلالة من عرض قشرة البرتقال الذي لا علاقة له بالاتصافات بل هو علامة انجاس البلغم مع وذمة خفيفة فعرض قشرة البرتقال ممكن وقوعه في غير السرطان ، في الالتهاب الحقيق الحدة وفي التهاب الثدي المزمن (دله) كما انه قد لا يظهر في السرطان لان بعض الحوادث يسير سيره حتى النهاية دون ان يبدو هذا المرض فيه . قचितه في التشخيص والحالة هذه نسبية .

ليجس الان الثدي المريض وهو لا يجس باصبعين كما يفعل البعض بل تجس الغدة جميعها على جدار الصدر . لانه اذا قرص باصبعين عمودياً وافقياً كما يفعل الطلبة المبتدئون يشعر دائماً بورم وما هو بورم بل فصيصات الغدة السليمة التي تزول اذا فحست الغدة بعد دفعها على جدار الصدر وجسها عليه ولتعاين المريضة واقفة ومضطجعة ولا سيما متى كان ثدياها هابطين فاذا كان الثدي سليماً شعر فقط بفصيصات الغدة الطبيعية المرنة اللينة واذا كان مريضاً شعرين تلك الفصوص بنواة متفاوتة الصلابة والتحدد مختلفة كل الاختلاف بقوامها عن الغدة السليمة

وبعد ان يحقق الطبيب ان في الثدي ورماً يجب عليه ان يعين طبيعته . فعليه ان يتحرى ما اذا كان الورم مكيساً ام غير مكيس فاذا كان مكيساً وبمجسم الجوزة وصلباً دون انكماش الحليمة والمرأة فتية كان الورم سليماً ويرجح انه ورم غدي .

واذا كان املس السطح واضح الحدود مرناً متوتراً متمسكاً كان كيساً او خراجة باردة وكان البزل الاستقصائي واجباً لتعيين المرض .

واذا لم يكن الورم متكيساً ولا واضح الحدود ولا منتظم السطح ومحبباً وصلباً كالخشب والمرأة في عقدها الرابع او قد تجاوزته فالورم خبيث . غير ان الامر يلتبس بعقدة التهاب ثدي مزمن وتميز احد المرضين عن الاخر مستصعب . ففي الالتهاب المزمن نرى غالباً نوى اكثر عدداً مما في السرطان ومضضاً فورياً أو حين ضغط الثدي «يقلق المريضة ويطمئن اليه الجراح» . كادنه . وليس من تبطن (capitonnage) في الالتهاب المزمن كما في السرطان والالتهاب يبقى زمناً مديداً دون ان يتبدل غير ان الالتهاب قد يتقلب سرطانياً ويستصعب جداً ان لم نقل يستحيل ان يعرف الزمن الذي يتم به هذا التبدل . وعليه فتى ظهر ورم كهذا في امرأة تجاوزت الاربعين من سنها حمل على الشك في كونه خبيثاً . ثم يتحرى التحرك بالنسبة الى الاغشية وذلك بان يحرك الورم الى اتجاهات مختلفة فيعلم ما اذا كانت الحليمة والجلد مشدودين وما اذا كانت الغدة متحركة على العضلة الصدرية الكبيرة . غير ان علامة الالتصاق بالعضلة الصدرية التي تتحرى بتقليص هذه العضلة وتحريك الثدي عليها ليست من العلامات التي تقع في بدء المرض الا اذا كان الورم قد ابتدأ في العمق بجوار العضلة الصدرية ويجب ان يفتش عن العقد ثفتيشاً دقيقاً في بدء الافة وعقد الضبن هي التي تضخم قبل سواها ويفتش عنها على جدار الابط الانسي وتستخدم اليد اليمنى للضبن الايسر واليد اليسرى للضبن الايمن ويوجه وجه اليد الراحى الى الصدر وانامل الاصابع تطبق محتوى الضبن الشحمي على جدار الجذع بينا اليد الثانية تعمل تحت الترقوة على العضلة الصدرية وتساعد اليد الاولى على العمل ويفتش ايضاً عن العقد في الحفرتين فوق الترقوة وتحتها .

فالعقد لا يتبدل في الورم الغدي وهي تضخم ضخامة كبيرة مع صفات
الالتهاب في التهاب الثدي المزمن والسل واما في السرطان فنجده عقدة او عدة
عقد صلبة متحركة . غير ان هذه العقد قد لا تبدو في البدء فالحذر كل الحذر
من الانتظار متذرعين بالقول انه لا انكماش في الحليمة ولا علامة قشرة
البرتيال ولا التصاق بالصدرية الكبيرة ولا عقد في الضبن فالاتظار معناه اضاعه
ثلاثة او اربعة اشهر سدى واسقاط معدل النجاح الى اقل من ثلاثين بالمائة
بل فلنقل ان هناك ورماً حديث الظهور صلباً غير مؤلم ولا واضح الحدود
ملتصقاً بالجلد في امرأة عمرها اربعون سنة او اكثر فهاذن ورم خبيث في
في بدئه والراجب يقضي بسرعة التوسط الجراحي لان الأمل بالشفاء يتعلق
بالتبكير فيه .

ولكن هل تجري خزعة (biopsie) ؟ لا لا يشار بها لان العمل الجراحي قد
يطعم اطراف الغدة وقد يكون سبباً في نشاط الورم وسرعة سيره ريثما يأتي
جواب المخبر . ويشق بعضهم متى خالجهم الشك على الورم نفسه فاذا كان
متكيساً وسليماً استأصلوه وحده واما اذا كان ملتصقاً ولا حدود واضحة له
فتبدل القفايز ويستأصل الثدي . ومتى شخص المرض كان امامنا معالجة واحدة
فقط وهي الاستئصال الجراحي السريع . ويجب ان يكون هذا الاستئصال
واسعاً نظراً الى ما نعلمه عن انتشار السرطان السريع فيشمل الغدة جميعاً والاغشية
التي تسترها والنسيج الخلوي الشحمي والصفاق وقسماً من الصدرية الكبيرة
وتقطع الصدرية الصغيرة لكي يسهل فربغ الابط . والقاعدة الجراحية تقضي
باستخراج محتوى الابط الخلوي الشحمي والعقد البلغمية وبعض اقسام من

الصدريتين والثدي والجلد كتلة واحدة . ويجب ان يبدأ بذروة الابط
منما للخلايا السرطانية عن ارتقاء المجاري البلغمية في سياق الاجراءات التي
يستدعيها العمل الجراحي . واذا لم تكن عقد الابط قد اشتركت بالضخامة
كان حظ المريضة كبيراً وأدى البتر في كثير من الاوقات الى الشفاء
الطويل المدة .

ويشير بعضهم بتوسيع العمل الجراحي اكثر مما ذكرنا فان دلبه يستأصل
بقصد الوقاية العقد فوق الترقوة نظراً الى الاشتراكات البلغمية التي وصفها
تلميذه مونار . ومتى كانت عقد الابط مصابة كان استئصال العقد فوق
الترقوة واجبا ولو لم تبدُ سريريا باقل مظهر مرضي . غير ان هذا كله لا يمنع
النكس في عقد العنق .

وقد قطعوا الترقوة سهيلا لتفريغ ما فوقها غير ان بعض المحاذير قد تجم
من هذا القطع . وقد وصف غانليه واوبرلن منذ قليل طريقة واسعة يثمان بها
نهاية الترقوة الانسية ثمينا موقتا (جورنال الجراحة كازرن الثاني سنة ١٩٢٨)
فيستتج من هذا ان الحطة التي يتبعها العمل الجراحي هي مسير الاوعية البلغمية
نفسها . واذا لم يكن الورم ملتصقا بالصدرية الكبيرة كان استئصالها بدون
جدوى لان العضلات لا تتغيرقها الاوعية البلغمية والامر الذي يجب الاهتمام به
في ذلك المكان هو تنظيف الفاصل بين الصدريتين حيث تمر الاوعية البلغمية
ولا يقال ان الانذار سليم في سرطان الثدي ولو كان العمل الجراحي
متسعا اتساعا كبيرا . لانه اذا كان بعض السرطانات يسير سيرا بطيئا ويظهر
بمظهر السلامة واذا كان بعضها يسير سيرا متحتما الى الموت فان بعضها لا يبت في

انذاره مطلقاً . لا نجهل ان العمليات الواسعة الباكرة تنقص الانتكاسات الموضعية نقصاً كبيراً او تؤخر ظهورها مدة طويلة من الزمن غير ان هذه العمليات لا تمنع منعاً اكيداً الانتقالات عن الحدوث بعد مدة متفاوتة الطول ومما ثبت هذا ان احد الاحصاءات عن مائة امرأة عولجن بالاستئصال وشفين شفاءً ظاهر أقند دلالة انه لم يبقَ منهن في قيد الحياة بعد ٧ او ٨ سنين الا ست او سبع نساء . فسرطان الثدي هو اشد السرطانات فتكاً . غير ان هذه الاعداد نسبية وهذا الاحصاء قديم قليلاً قد اجري في زمن لم يكن به الشعب ولا الاطباء قد استنازوا بالطرق الحديثة التي توصلهم الى التشخيص الباكر والاستئصال الجراحي السريع ولعل احصاءات المستقبل تكون اكبر حظاً مما سبق .

ومنى استولى السرطان على العقد والتصق بالطبقات العميقة كان معدل الشفاء قليلاً ايضاً غير ان الواجب يقضي بالتوسط الجراحي لان الجراح لا يعلم ما سيكون مصير عملياته واجتناب التفرح لا يخلو من الفائدة والتخفيف عن المريضة . وانا نبضع السرطانات المتفرحة لكي تزيل هذه التفرحات ونسهل الموت على المريضة ونخفف العبء عن محيطها . وقد اضطر بعض الجراحين الى تميم الكتف وقطع الاعصاب عالياً حسباً للآلام التي يحدتها انضغاط الضفيرة . ومنهم من قطع الجذور العصبية ايضاً .

ولكن ما هو تأثير الاستئصال في السرطان ؟ انه من حيث الشفاء لا يوازي المعالجة الجراحية ابدأً والاراء مجمعة على هذا ولكن اذا كان الاستئصال لا يشفي سرطان الثدي فهو مستعمل في السرطانات المتفرحة المتصقة التي لا استطاع

استئصالها وفي بعض حالات النكس .

واستعمال الاشعة بعد العمل الجراحي أشار به ؟ يقول بكлар ان الكميات الكبيرة منها لا يجوز استعمالها لان خطرها شديد فهي تحدث انتكاسات وتنعماً سريعاً واما الكميات القليلة المتواصلة مدة اشهر فلا خطر منها غير انه لا يتأكد فائدتها

لا يسمح جان لويس فورلريضاته بالاستشعاع بعد العمل الجراحي .
ودله كذلك يتمتع عنه في جميع الحالات ولاسان ولا نورمن يشيران به في بعض الحوادث النادرة : وصفوة القول ان الاستشعاع اذا اجري بحكمة واجرته أيدي متمرنه خيرة كان له من التأثير المعنوي في المريض الشيء الكبير متى لم يكن الاستئصال الجراحي ممكناً غير ان الجراحة هي المعول عليها في جميع الحالات التي يستطيع الاستئصال بها .



الصداعات (خلاصة مؤتمرات بورردو)

٣

للككتور انستاس شاهين رئيس سريريات امراض الاذن والانف والحنجرة

تكلمنا في بحثنا السابق عن آفات العين التي قد تسبب الصداع ومنجته
في هذا البحث ان نوضح كيفية حصوله

تتبع أكثر الاختلالات العينية في احداثها الصداع طرقاً كثيرة الشعب
وضيقة المناسبات مثال ذلك حدوث الصداع من ورم القرب بطريق اختلالات
الانكسار . فتترك هذا المثل جانباً وندرس كل آفة على حدة .

١- آفات القرب : تعمل الآفة رأساً في احداث الصداع فتؤثر في السبل
الحسية اما بضغطها الشديد لها اذا كانت ورماً او بفعلها الالتهابي اذا كانت التهاباً
٢- التهابات العين : يحدث الألم مباشرة في هذا الداء ايضاً بتأثير عامل

الالتهاب نفسه في النهايات الحسية في العين . ولكن لكرة العين نفسها دخل فعلي
في احداثه . فهي معصبة ليس كباقي القطع النسيجية التي يتألف منها القرب بل
كعضو اجوف له صفاته المميزة . فهي تعصب بالاعصاب الهدية والعقدة العينية
او الهدية وهي اعصاب حركية وحسية ومحركة وعائية ودماغية شوكية وودية
في الوقت نفسه .

والخاصة الحسية في القرنية لا تشابه قط في صفاتها العامة باقي اقسام العين
وكمثل لهذا نذكر تأثير النور في القرنية والتزجية حتى بعد قطع العصب البصري

او ضموره . ليست كرة العين سوى جوف مغلق لا يتوسع لتدخل جدرانها شبكة وعائية غنية بالاوعية الواردة والصادرة . فكل عامل النهائي يرافقه احتقان شديد يزيد التوتر في هذا الجوف . فلو قاربنا بين كثرة اعصابها وصفاتها الخاصة وازدياد هذا التوتر لاتضح لنا الا لام التي تنتج من ازدياد الضغط فيها وانتشاراتها البعيدة .

٣ - ازدياد توتر العين ازدياداً حاداً . يتبع توتر العين كتوتر القحف أجهزة دقيقة ومحكمة نظراً الى ماله من التأثير في العناصر الشبكية المنتهية في الدقة وفي الوظائف البصرية فازدياد هذا التوتر او نقصانه تابعان لعوامل تكون سيفي اغلب الاحيان عوامل خلقية تتأثر باختلاف الضغط الجوي او الدموي او بحركات العين الفجائية او بوضعات الجسم البلوري وحركات الحدقة فاذا ازداد هذا التوتر او نقص عن حده الخلقي صار داءً واختل بسببه سائر وظائف العين . وللاعصاب الضابطة لهذا الضغط علاقة باعضاء بعيدة وهي شديدة التأثير والانفعال وقد وصفنا سبب شدة تأثيرها منذ مديدة بوصفنا حالة كرة العين . ومما يعلل لنا علاقات هذه الاعصاب بالاعضاء البعيدة حصول الفعل المنعكس العيني القلبي متى ضغطت كرة العين وهو يوضح لنا في الوقت نفسه الانتشارات المرضية التي تقع متى اختل هذا الضغط وكان سببه مرضاً . ولا يقوم اختلال الضغط بازدياده فقط لان نقصانه يحدث اختلالات عصبية لا يعجز اهمالها ولو كانت اخف من الاختلالات التي تنجم من ازدياد التوتر . فهبوط الضغط فجأة يسبب ألماً قوياً شديداً وقد يطول امد هذا الألم متى كان السبب الخافض للتوتر قد حدث فجأة كافتتاح العين الجراحي او الرضحي او

بانتقاب قرحة في القرنية او في الصلبة . ولنذكر دائماً ان شدة التوتر هي السبب الاكبر لحدوث الالام الشديدة والكثيرة والبعيدة الانتشار كما نوه يد لنا ذلك الصداعات الحادة والاقياء الشديدة التي ترافق نوبة السعقة (الفلوكوم) الحادة ٤ - اختلالات طرق جهاز البصر الحسية . - لاجابة الى ذكر الصداعات

الناجمة من آفات سبل جهاز البصر الحسية كاصابة العصب البصري او عقدة غاسير بأفة سلية او افرنجية لان هذه الافات باستيلائها على هذه الاعصاب تسبب صداعاً يسهل تعليله . ولكننا نذكر بايجاز الدور الذي يلعبه العصب الودي في العرض الموجع لاء المنطقة العيني فقد اوضح مونبرن ومدام بينستي ان العصب الودي يلعب الدور الالم في الالام الشديدة المنتشرة التي تحصل في ذاء المنطقة العيني فعلى الاعراض الموجعة العادية التي تسببها اصابة هذا العصب نذكر بعض الاعراض البعيدة كالاختلالات الدماغية التي تحمل بعض المرضى على الانتحار وانتشار الألم الى قمة الرأس والقسم السفلي من الصدر وفاحية الشرسوف . وقد ازداد هاذان المؤلفان تمسكاً برأيهما بازاتهما هذه الاعراض بعد حقن الوقب بكمية من النوفوكائين وبقائهما رغم تخديرهما الشعب العصبية الثلاث للعصب المثلث التوائم وظهر لهما من تجارب كثيرة ان العصب الودي يلعب الدور الاول في خلقة الصداع المرضية متى كان منشأه الجهاز البصري . وان له دخلاً كبيراً في احدث الصداعات الناجمة من بعض التهابات القرنية العصبية الشللية

وقدايد اندره توماس نسيجياً ما ابداه مونبرن ومدام بينستي سريراً واتي الاستحرار بخدم جلى في معالجة الصداع لان وقتاً قصيراً عرضت به

النواحي الموءلة لتأثير الاستحرار الطبي كان كافيا لازالة الام لم تؤثر فيها قوى المسكنات وزوال بعض الاعراض المرئية لاء المنطقة والتهاب القرنية العصبي الشللي والمشاهدات التي تؤيد هذه الطريقة الحديثة في معالجة هذين المرضين كثيرة

٥- اختلالات الانكسار : قبل ان ننظر في اختلالات الانكسار

المسببة للصداع لنبحث في ما يقع في شاب سليم البصر .

١ - متى نظر الشخص السليم الى شيء يعذ عنه اكثر من خمسة امتار تبدو صورة الشيء الناظر اليه جلية في كل من شبكية العينين وتتحد الصورتان فتتألف منهما صورة واحدة بدون اقل جهد او عناء فيكون محورا العينين حيثئذ متوازيين .

٢ - ومتى نظر الى شيء قريب واقع على بعد ٣٣ سم منه كما في القراءة والكتابة يضطر الى جهد في المطابقة يساوي ثلاث وحدات انكسارية (dioptries) (بعد بؤره عدسة بقوة ثلاث وحدات يساوي ٣٣ سم اي ثلث المتر) فالواسط الحركية العينية تقوم بحركات مشتركة ومزدوجة الجانب متعادلة في كلتا العينين لانعام المطابقة وتقارب الحقتين الى الانسي يتساوى ايضا وهذا متناسب مع عمل المطابقة . ويجب ان يتصاب محورا العينين على بعد ٣٣ سم لكي تندمج الصورتان في صورة واحدة . وكلما اقترب الشبح زاد عمل المطابقة وتقارب الحقتين احدهما من الاخرى . والحديقة نفسها تشترك بهذا العمل اي انها تنقبض قليلا .

فالروية السلمية يشترط فيها تناسب المطابقة وتقارب العينين (العضلة

الهدية والعضلات المحركة للعين) وانحجار العينين الى الانسي تابع لعمل العضلتين المستقيمتين الانسييتين والعلويتين والسفليتين ولتذكر ان عضلات العين كافة تشترك في كل عمل تعلمه احدها او مجموعة منها كان العمل صغيراً او كبيراً اما مباشرة اي بتمام الوظيفة التي اعدت العضلة لها او باثنيان عمل معاكس ينتج منه مساعدة العضلة العاملة . او ليست هذه العضلات نفسها ذات اتصال بعضلات الحاجبين والرأس والعنق ايضاً . ولتأكد صحة ذلك علينا ان نراقب شخصاً يقرأ فتراه يأتي بحركات عينية ورأسية متناسبة بدون انتباه . ويزداد وضوح تضامن هذه العضلات متى كانت القراءة في مكان متحرك كما في القطار فمن هنا يتضح لنا جيداً ان اختلال الانكسار الذي يفسد هذا التناسب العضلي يسبب الصداع الذي نحن بصددده

١- مد البصر : عين المديد البصر معدة للرؤية البعيدة ولهذا يحتاج المديد البصر الى عمل المطابقة دائماً حتى في الرؤية البعيدة ويضيف الى ذلك جهداً آخر في الرؤية القريبة

وليس مديد البصر الشديد الذي يصاب غالباً بالصداع الشديد لان هذا يشعر حالاً بمرضه فيصلح بصره بعنسات موافقة تكفيه شر الالم . بل المصدوع هو ذاك الصياد او الطيار ذو البصر السليم الذي يفاخر ببصره وهو في الحقيقة مصاب بمد البصر الخفيف اي بما يعادل وحدة انكسارية واحدة او اثنتين هو ذاك المريض الذي يهزأ بالطبيب حتى افاده ان سبب الافة هو ضعف بصره وهو تلك السيدة الحسنة التي تغفر من حمل النظارات على الرغم من اصابتها بمد بصر خفيف . وهو ذاك التلميذ المصاب مع مد بصره بعادة

سيئة وهي اقتراب عينيه جداً من كتابه فهو لا يجارب مد بصره فقط بل يحمل عضلاته الهدية تتشنج تشنجاً شديداً . فيوم رفاقه واهله انه مصاب بالحسور وقد ينخدع الطيب ايضاً اذا لم يقطر في عينيه بعض قطرات من الاترويين لشل العضلات الهدية المتشنجة . وكثيرون هم المصابون بمد البصر الخفيف دون ان يشعروا به حتى يأتي زمن يصابون به بداء آخر او يتعبون تعباً شديداً او يأتون امرأ آخر من شأنه ان يضعف فعل المطابقة فيهم فيشعرون بعد قراءة قصيرة او عمل دقيق بألم في الرأس فيستشيرون الطيب ويتحقق هنا ان الصداغ ناجم من خلل في الانكسار . وقد ذكر احد الاطباء ان حاملاً دخلت المستشفى لاجراء عمل الاجهاض لان طيبها.ظنها مصابة بالتهاب الشبكية الحلمي وبعد فحص عينها فخصاً دقيقاً تحقق انها مصابة بمد البصر وانه قد تزايد قليلاً بسبب الحمل وضعف فعل المطابقة الناجم من السبب نفسه فشفيت من دائها الموهوم بلبسها المنظرات فقط وولدت ولادة طبيعية .

لئر الآن ما يقع في مديدي البصر متى نظروا الى الاشياء البعيدة والقريبة
٢ - متى نظر مديد البصر الى شيء بعيد افطر الى جهد معادل لوحدتين انكساريتين ليعدل مد بصره وترسم الاشباح واضحة على شبكته عوضاً عن ان تتم الرؤية بدون اقل مطابقة كما هي الحال في الاشخاص الاصحاء البصر ولا دخل للعضلات المحركة للعين في هذا العمل لان محوري العينين يقيان متوازيين تقريباً .

٢ - متى نظر مديد البصر الى شيء قريب على بعد ٣٣ سم منه احتاج كالشخص السليم البصر الى ثلاث وحدات انكسارية لاحداث المطابقة وازداف

اليها وحدتين اخرين لازمتين لاصلاح مد بصره فتعادل مطابقتها خمس وحدات عوضاً عن ثلاث الامر الذي يقضي الى تعب متواصل تنجم منه الالام . ونضيف الى ذلك ان فعل المطابقة وعمل العضلات المحركة في مديدي البصر غير متوازنين وبسبب اختلال التوازن هنا متى نظر المديد البصر المعادلة آفته لوحدين انكساريين الى بعد ٣٣ سم يأتي بفعل مطابقة يساوي خمس وحدات عوضاً عن الثلاث اللازمة لهذه المسافة فيتصاب محورا عينيه على بعد ٢٠ سم اي قبل الشبح الناظر اليه فاذا كان هذا الشبح كتاباً بليت امامه الاسطر مزدوجة فيجهد نفسه كثيراً بدون جدوى ليرى السطر واحداً . ويضطر الى الروية بعين واحدة فقط ويمكن ان نجرب ذلك في انفسنا بوضعنا قطعاً من محلول الاترويين فنشعر باختلال التوازن بين حركات العين والمطابقة ففي البدء تصاب المطابقة بشلل تام فتعذر علينا القراءة والكتابة تماماً بالعينين او بالعين الواحدة فقط الا اذا استعملنا منظرات ذات عدسات اسطوانية محدبة قوتها ثلاث وحدات انكسارية لتتمكن من العمل براحة تامة .

وبعد ٤٨ ساعة يخف شلل المطابقة ونصبح كمن اصيب بمد بصر معادل لوحدة واحدة انكسارية ونصفها فاذا اصلحنا هذا الضعف بعدسة مواققة نرى بوضوح تام بكلا العينين ولكننا بدون المنسة لا نستطيع النظر قط بسبب الشفع (الروية المضاعفة) واذا نظرنا بالعين الواحدة تمكننا من الروية بوضوح اذا ابعدنا ما نريد رؤيته عنّا قليلاً وهكذا نصلح المطابقة بسهولة كمديدي البصر اما اختلال التوازن فلا يمكننا اصلاحه الا باغلاق احدى العينين وهذا ما يؤكده ان خلل التوازن اصعب من خلل المطابقة وحده .

وصفة القول ان مديد البصر يأتي بمجهود غير طبيعي يخلل بسببه التوازن الواقع بين مطابقة الجسم البلوري وانقباض الحدة وحركات العين الى الانسي وبقية حركات العضلات المساعدة اللازمة لتوحيد الشبح في العينين وجعله واضحا متى كان هذا الشبح قريبا او بعيدا ثابتا او متحركا .

وهذا الجهد الذي من شأنه اصلاح المطابقة مضن ومسبب للصداع وليس للصداع فقط بل يرافق هذا الاختلال الوظيفي اختلال مرئي يبين لنا سبب الصداع نعني به احتقان جهاز البصر . فالاجفان تمحرو ويتجاوز هذا الاحتقان طبقات العين الظاهرة ممتدا حتى العصب البصري نفسه الذي يبين لنا شكله ان الدوران في باطن الصحف قد اخذ نصيبه من هذا الاحتقان .

٢ - الحسور - قلا يسبب الحسر الصداع لان الحسير في غنى عن فعل المطابقة فهو لا يجهد نفسه طويلا ومع ذلك فقد يصاب بالآلام رأسية قصيرة الامد وطريقة حصولها هي كما في مد البصر ولكن اختلال التوازن يكون في الحسر بعكس ما رأيناه في مده . والشفع لا يستمر في الحسير الا مديدة قصيرة لان العينين تعانان بسرعة روية الشبح الواحد فتندمج الصورتان في صورة واحدة .

والخلاصة ان تدر الصداع في الحسر ناجمة من ان اختلال التوازن بين المطابقة وفعل العضلات المحركة يعوض بدون جهد شديد .

٣ - التفلطح (astigmatisme) لا يتساوى الانكسار في العين المتفلطحة في جميع هواجرها (méridiens) والشبح لا يكون قط واضحا . ويجرب المصاب بالتفلطح ان يصلح خلل الانكسار في فعل المطابقة بانقباض غير متوازن

في العضلة الهدية ولكنه على الرغم من هذا الجهد الشديد المتعب فالرؤية تبقى كما هي . ويزيد على عمل العضلة الهدية انه يجهد عضلات اجفانه وجبهته واحيانا عضلات وجهه ليرى الشبح اكثر وضوحا ومتى كان الشخص مصابا بالتفطح المائل يسعى دون ان يعلم الى تحريك عينه حركات استدارية مضيفا بذلك عملا اخر الى العضلات المحركة العينية . فتتجم من هذه الجهود المتكررة الاعراض الوعائية كاحتقان الاجفان الذي يشتد عما رأيناه في مديد البصر .

وتزداد هذه الاعراض شدة متى خالط التفطح مد البصر وتخف في التفلطح المختلط بالحسر

فاشد الصداغات العينية المشاهدة في التفطح عيونهم مع مد بصر فيها لانها تشابه سفوداً جيبياً مع حس توتر في الصدغين واتسار الالم الى الحشائين والقرة وما سبب هذه الصداغات الا شدة العمل المنهك الذي تأتبه العضلات في فعل المطابقة ومتى اصلاح هذا الاختلال في الانكسار زالت الاعراض جميعها كالصداع والاحتقان وغيره .

٤ - اختلاف الانكسار في العينين (*anisometropie*) : ومعنى ذلك ان قوة

الانكسار في كل عين يختلف عما هو في العين الاخرى كما لو كانت الواحدة سليمة والثانية مصابة بمد البصر او ان تكون الواحدة مصابة بمد البصر والثانية بالحسر او الواحدة بالتفلطح مع مد البصر والثانية بالداء ذاته غير ان درجتي اصابتهما مختلفة .

فتم اصبحت احدى العينين بمد البصر والثانية به وكان تفاوت بينهما

نجم منه اختلال في التوازن بين فعل المطابقة وعمل العضلات المحركة العينية وقد رأينا ما نتج من هذا الاختلال في كلامنا عن مد البصر. وقد ذكرنا هارفيه حادثة صبية مصابة بصداغ شديد منذ أكثر من عشر سنين استشارته للسبب نفسه وكان قد جرب فيها جميع الادوية والطرق الدوائية بدون جدوى فارسلها الى الكحال فوجدها مصابة بالحسر مع التفلطح في العين اليسرى المعادل لثلاث وحدات وبمد بصر درجته وحدة واحدة في العين اليمنى فزال ألمها باصلاح الانكسار. ولكن اصلاح الانكسار في عين كهذه مستصعب جداً ويستدعي صبراً وجلداً على استعمال النظرات

٥ - مد البصر الشيخوخي : لا ينجم مد البصر الشيخوخي من اختلال الانكسار بل من ضعف في فعل المطابقة سببه الشيخوخة فاذا لم يصلح هذا الاختلال يتلى المريض بجميع الاعراض المذكورة في مد البصر البسيط. وكم من مريض مصاب بمد بصر منذ زمن طويل دون ان يشعر باقل انزعاج يبدأ متى بلغ الاربعين او تجاوز هذه السن بالشعور بالآلام رأسه مع ان درجة بصره لم تتغير وما سبب ذلك سوى ضعف فعل المطابقة الناتج من الشيخوخة



معالجة الكسور المخلقة

للككتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

ترمي معالجة الكسر الى غايتين ^١ - اعادة العظم الى بنائه التشريحي الذي كان له قبل الكسر . ^٢ استعادة الوظيفة التي فقدتها العضو المكسور . والغاية الاولى مرتبطة بالثانية

وهاتان الغايتان تدعوان الطيب الى الاهتمام الشديد بجهاز النقل وهو الجهاز الاول الذي يوضع على العضو المصاب . لان المكسور قبل ان يصل الى المستشفى يكون قد اصيب بكسره وهو بعيد عنه فنقل اليه بعد ان وضع جهازاً لكسره دجال او طيب .

- فـجهاز النقل هذا غايته : منع القطع العظمية عن تبدل جديد بالحركات التي لا يمكن المكسور من اجتنابها في اثناء النقل ، وتخفيف الالم التالي لهذا التبدل والتشنجات العضلية التي تحدث تبدلات ثانوية ، واجتناب الرضوض العضلية الجديدة والوعائية والعصبية الناجمة من هذه التبدلات والقائمة عائقاً في سبيل الترميم الحسن واستعادة العضو لوظيفته التي فقدتها .

اما انواع اجهزة النقل وطرق وضعها فموصوفة وصفاً ضافياً في رسالة الجراحة الصغرى ولا حاجة الى ذكرها هنا غير انني اقول ان الميازيب المعدنية المستعملة كثيراً يجب ان تُلغى لانها لا تثبت العضو المكسور اقل

تثبتت وان خير جهاز للنقل هو جيرة توما للطرفين العلوي والسفلي التي يجب على الشرطة اقتناؤها والاستعانة بها حين الحاجة في نقل المكسورين والجرحى لان هذه الجيرة بسيطة ومتينة وسهلة التعقيم وقليلة الثمن يستطيع صنعها في كل مكان فيه حنّاد وتستعمل على السواء للطرفين الايمن والايسر . غير ان هذه الجيرة ان لم تستحضرها الشرطة يصعب ايجادها في كل مكان وعليه كان لا بد للطبيب من استعمال طرق اخرى في النقل لا تضاهي الجيرة بحسنها غير انها تخدم المريض بعض الخدمة ريثما يتيسر للطبيب اجراء الاحسن .

. فاذا كان الكسر في الطرف العلوي كان تثبيته بوشاح (écharpe) ممكناً بعد ثني الساعد على المرفق وتثبيت الطرف العلوي على الصدر بربط تلف حول الجذع او برباط جسد يسهل ايجاده في كل مكان . ويجب ان تسند اليد جيداً متى وقع الكسر في الساعد فاذا ضمّ الى الوشاح جيّرتا خشب احداها تطبق على الوجه ازاخي والثانية على الوجه الظهري وثبتتا بضاد او بقطع من المشمع كان التثبيت تاماً .

وفي الطرف السفلي اذا وقع الكسر في الساق كان تثبيتها مستطاعاً بايجاد جهاز مشتق من جهاز سكوت

واذا وقع في الفخذ كان التثبيت مستطاعاً بوضع ميزابة خشب طويلة ممتدة منذ القدم حتى تحت الابط كافية لتثبيت القدم والساق والفخذ والخصر والجذع وفي كسور الحوض والعمود الفقاريه يستطيع تثبيت المريض على لوح من خشب قد مدّ عليه غطاء اذا كان الوصول الى ميزابة بونه او إطار روفيلو متعذراً .

هنا ما يقال في ثقل الجريح . وبعد ان يصل الى سريره فاما ان يكون مصاباً بكسر بسيط بدون تبدل فنقوم معالجته حينئذٍ بجعل العضو في وضعة حسنة وثابتة اقصر مدة لازمة لترمم العظم ولا سيما اذا وقع الكسر في الطرف العلوي فان المرور بسرعة من الثبيت الى التحريك التدريجي حسب طريقة لوقا شامبونار واجب واما اذا كانت قطع الكسر متبدلة فيكون تبدلها متنوع التدرجات بالنسبة الى اهمية الرض او التفععات العضلية فهي اما ان تبدل تبدلاً مفترضاً حسب ثخانة العظم او زاوياً حسب محوره او ان تدور على نفسها او يركب بعضها الاخر فيقصر العضو . وربما اشترك اثنان او اكثر من هذه التبدلات معاً .

فالواجب الاول هو اصلاح هذه التبدلات التي يتحققها الطيب بالمعاينة السريرية ويشبها بالرمع الشغاعي الجانبي والامامي الخلفي . وهذا ما نسميه رد الكسر الذي يقوم بأعادة التقطع الى مكانها الطبيعي وجعل نهايتها الاولى محاذية للنهاية الثانية حسب محور العظم البذني .

ونحوز ان يجرّب الرد مباشرة وقد يتم في الاقسام الوترية من الاعضاء بالشد اليدوي مثال ذلك كسر نهاية الكعبرة السفلى او بالاثقال تعلق سيفه الطرف متى وقع الكسر في التواحي التي تكثر فيها المضلات مثال ذلك كسر الساق وزد الكسر بالاثقال قبل وضع جهاز دله عليه . وهذا الجذب على القطعة الواقعة تحت الكسر يجب ان يعاكسه مضاد لتمدد على القطعة الواقعة فوق الكسر الامر الذي يتم بايدي المعاوين او ثقل الجسد او وشاح يوضع تحت الابط او في الناحية الاربية غير ان هنا الرد مؤلم وصعب لان ثقل

العضلات والتشنج يمنعان الرد الامر الذي يضطر الطبيب الى التخدير توصلاً الى الرد الحسن :

التخدير العام في الطرف العلوي والتخدير القطني في الطرف السفلي ويجوز اجراء التخدير الموضعي ايضاً بمقتن مركز الكسر والعضلات المحيطة به بمحلول النوفوكائين غير ان هذه الوسطة قلما اجنبت منها . نتائج مرضية . ويجوز ان يرد الكسر رداً تدريجياً : وذلك بالتمديد المتواصل ياتقال او بانابيب مطاط او لولاب تنقب العضلات بفعلها المتواصل فتسترخي وتعود القطع الى وضعها الحسن ، ويجرى الجذب على القطعة السفلى الاكثر تحركاً حسب سطح السرير وباتجاه القطعة العليا الاكثر ثباتاً ونقطة الاستناد هي الاقسام الرخوة التي تحاط بربط مشمع او كان مصبغة بمواد لاصقة مختلفة هذه هي الطريقة التي كانت مستعملة فيما مضى في كسور الفخذ غير انها في الغالب لا تكفي .

ومضادة التمديد تجري كما في السابق جناء الابط او الجنذع او الحوض وثقل الجسد وحده قد يكفي ويجوز ان تكون نقطة ابتعادها القطعة العليا ولكي يكون الجذب ناجماً يجب ان يجري والعضلات مسترخية : فالباقي وهي منعطفة على الفخذ والفخذ وهي منعطفة على الحوض . وهذا ما يستطاع تحقيقه في التمديد الذي يجري والعضو معلق : لانه يمكن التظبيب من اعطاء العضو الموضوعة الاكثر ملائمة له من جهة الامتدح ومن اسناد التمديد الى نقاط عظمية (سفود ستايمان) ومن منع الجسد عن ملائمة سطح السرير وكل هذا يقي لقوة الجذب تأثيرها ولا يفقدها الا القليل من فعلها . فخذ هذه الطريقة

هي ولا شك فضلى الطرق ويجب اجراءها في الوضعة التي يسهل بها جعل القطعة السفلى في اتجاه القطعة العليا (التباعد والاستلقاء) اما التعليق فيستطاع تحقيقه بجيرة توما او مشتقاتها (جائر روفيلوا) او باطار التعليق . وجيرة توما اسهل جميع هذه الاجهزة استعمالاً واكثرها متانة وملائمة للبيئة التي نحن فيها ومن حسناتها انها تستعمل للنقل والمعالجة وان صنعها سهل على كل حداد فهي والحالة هذه خير جهاز في مستشفياتنا .

يلقى العضو بين شعبي الجيرة الجانبيتين بارجوحة مصنوعة من الرفادات واما اطارات التعليق فهي مستمدة من نماذج بلاك وغسات وهي اقل تعقداً مما يظن ويسهل صنعها في كل مكان فيه نجار . وهي تستخدم لتعليق الجيرة التي علق بها العضو : وجيرة توما تستعمل ايضاً هنا ومضاد التمديد يستند الى الورك او جائر هودبنس او غست التي تحذف بها نقطة الاستناد عن الورك . ويبقى الطرف ممدداً اياً كانت الوضعة التي يعطاها لان الانتقال كافية لحفظ موازته . ويتمكن المريض بفضل هذا الجهاز ان يبدل وضعته ويجلس في سريره ويرتفع بدون ألم لان عضوه المكسور يتحرك بفضل الاتصال والبكرات قطعة واحدة دون ان تتحرك القطع منفردة . ومتى كان الكسر مفتوحاً سهل تضميده وفي بعض الشعب المجهزة تجهيزاً خاصاً تستطيع مراقبة الرزد بالاشعة المجهولة والمريض في سريره واما تغذية المريض فسهلة جداً وكذلك تنظيف جسده . هذا عنا الوقت الذي يكسبه العضو في استعادة وظيفته المتبقية لان حركات المفاصل ممكنة والمريض في جهازه .

وبعد ان يرد الكسر يجب تثبيتته كل المدة اللازمة لترميم القطع .

وترسم العظم امر^١ لا تجهل كيفيته لان نسيجاً ضاماً يتكون بين قطعتي العظم المكسور ولا يلبث ان يليف بانئقال العناصر الكلسية من الجوار لتكوين الدشبذ . وكلما كان الرد حسناً كانت المدة اللازمة للترمم اقصر . ولا يرى الدشبذ بالرسم الشعاعي الا في اليوم العشرين ولا يدو ظليلاً اي متكلساً الا بين اليوم الاربعين والخمسين فاذا لم تتوافق قطع الكسر تمام الواقعة قد يتقلب النسيج الضام المعارض نسيجاً غضروفياً فعوضاً عن ان يندمل العظم يتكون مفصل موم . فيجب اذن ان تكون القطع في وضع حسن وان تثبت في هذا الوضع بعد ردها . وهذه هي غاية التماسك او المرحلة الثانية من المعالجة .

ويتحقق التماسك باجهزة الجبس التي يمحصر فيها العضو وهو ممدد وتحدف وسائط الشد متى جف الجبس . ويسهل صنع هذه الاجهزة ووضعها فهي تكون مسبوكة على العضو فمنعه عن كل حركة ومع ذلك فلا بد من مراقبتها من آن لآخر بالرسم الشعاعي . لان هذه الاجهزة تكبر متى زالت الوضعة وظهر الضمور فيجب حينئذ تبديلها اجتناباً للتبدلات الممكنة الحدوث . وهي تثبت عادة ، اذا استثنينا جهاز دلبه في الساق ، المفصلين الواقعين فوق الكسر وتحتة فيزداد على الضمور العضلي التيبس المفصلي الذي يصعب التغلب عليه فيما بعد ولا يجوز ان تصنع هنا اجهزة دائرية بل نصف ميزابة ليتمكن الجلد من التنفس والاستشماش ويستطاع تفريق حافتيها اجتناباً للألم والانضغاط والوضعة ولا سيما متى كان الرد والتثبيت ممكني الاجراء بعد الحادثة مباشرة كما انه يستطاع تقريب تينك الحافتين كلما خف الابتاج .

ويستطاع تطبيق الطرف وتثديده في الأجهزة المعلقة حتى اندمال العظم اجتناباً لمخاطر الجبس . غير ان هذه الطريقة دقيقة وتستدعي رقابة دائمة واشخاصاً مدربين يتمكنون من اصلاح الوضعة كلما تبدلت وهذا ما يستصعب تحقيقه هنا . فالأفضل اذن ان يعقب الرد بالتعقب جهازاً نقيجسي لانه خير ما يصنع متى كان يثبت الكسر ولا يمنع العضلات والمفاصل المجاورة عن الحركة .

وعلى الرغم من جميع هذه الوسائط نرى ان بعض الكسور لا يرد ككسور للفاغضة والثاقى الرققي وكسور اجسام العظام المثثة القطع او المتبدلة بدلاً كثيراً او التي اعترض بين قطعها نسبيج عضلي او عصب وككسور الظنبوب المائلة والولبية وكسور عظمي الساعد والكسور المفصليّة او المجاورة للمفاصل التي يصعب ردها لان احدى قطعها صغيرة ولا يستطيع ردها مع ان ردها الحسن . ولجب لعود الى المفصل وظيفته . ففي جميع هذه الحالات يفضل التوسط الجراحي . لانه يرد للكسر رداً حسناً . غير ان هذا التوسط يستدعي تقبلاً جيداً وجراحاً ماهراً قد اعتاد مثل هذه العمليات الجراحية والّا كانت النتيجة البتر وربما الموت .

ولا يجزى هنا الرد الجراحي متى كانت النسج الرخوة مصابة والحالة العامة سيئة . وكان للكسر شيخاً او مصاباً بالزهري . ولا بد من الاسراع في العمل الجراحي بدون ابطاء متى اقتنع الجراح ان الرد بالوسائط الاخرى متعذر غير انه لا بد ان تغور اولاً الانصبابات الدموية وان تستعيد النسج قوتها الحيوية لكي تمكن من مقاومة التعفن على الاّ يتجاوز هذا الانتظار ثمانية

او عشرة ايام لانه كلما تأخر التوسط الجراحي كان الرد مستصعباً . وبعد ان يفتح مركز الكسر فتحاً واسعاً وينظف يرد الكسر بشد القطع نفسها بالكلبتان او يشد العضو وهذا يجريه المعاونون او الاجهزة الجاذبة .

وبعد ان يرد الكسر تثبت القطع بخيوط معدنية وشرائط (برهام-بوتي) او عقارب (دوجاريه) او جبائر معدنية تثبت بالعظم بمحويات او بمحلفات معدنية (لامبوت-شرمن) وتترك هذه الادوات في العظم الذي رد او تستخرج بعد الاندمال وهذا تابع للظروف والمرضى . وبعد ان يخاط الجلد يثبت الطرف بجهاز جبسي (التثبيت الخارجي) او بجهاز معلق . ويجرى التوسط الجراحي ايضا في الكسور المندملة اندمالاً معيباً وفي المفاصل الموهمة غير ان هذا التوسط لا يغلو من الحية لان الجرح قد يتقيح على الرغم من جميع وسائل الطهارة التي اتخذت فالتعفن الداخلي المنشأ امر يجب الاحتداد به . ولان الجهاز المعدني المثبت اذا شد كثيراً ادى الى اماتة العظم باحدثه فيه قراً دموية فتشظى العظم وطرح الشظايا . ولان الاندمال قد يتأخر والدشد قد يلين ولان الاستئصال (ostéosynthèse) يستدعي شقوقاً كبيرة وندباتها لا تطبق على الجراحة الجميلة (esthétique) فعنصر التجميل يضاف اذن الى عنصري التشريح والوظيفة في النتيجة العلاجية . ولكن اذا كانت استطبابات الرد الجراحي محدودة فهي لا مندوحة عنها في الاماكن التي ذكرتها .

والترهم في وضع حسن ليس معناه الشفاء لان الترمم التشريحي اذا تم يجب ان يتبعه الترمم الوظيفي الذي لا يكتمل الا متى عادت خلقة (فسيولوجيا)

الطرف الى ما كانت عليه قبل الكسر .

فليست العظام وحدها التي اصابها العامل الكاسر بل الجلد والمضلات والصفق والاوتار والعمد قد رقت وشدت وتشققت والانصبابات الدموية التي ارتشحت فيها قد تعضت بعض العضوي فنجم منها عامل تصلب احدث انكماشات عضلية ويحدث في سياق التثبيت ضمور عضلي وتيبسات مفصلية وضمور عظم وتشوشات جلد غذائية ووذمات ناجمة من كسل العضلات . وصفوة القول ان المصاب بكسر في طرفه السفلي بعد نزع جهازه الجبسي يعد مقعداً

ولا بد من اجتناب جميع هذه التشوشات ما امكن في سياق الترميم التشريحي ومن ازالها بعدئذ متى حدثت . وقد تستدعي استعادة الوظيفة شهرين او ثلاثة اشهر وربما اكثر من ذلك ولا سيما الطرف السفلي متى كان الاشخاص طاعنين في السن او مصابين بتراث يؤخر شفاهم .

فالمعالجة الوقاية هي التعليق الذي يهوي الجلد ويمكن الممرضة من تنظيفه وهي تمسيد العضلات البعيدة عن بؤرة الكسر بلطف وحكمة وتحريك المفاصل . انني لا اخط كلمة تمسيد بدون وجل لانه سلاح ذو حدين لا يجوز ان تستعمله سوى الايدي المتحررة . والتمسيد قرب بؤرة الكسر يبه السحق ويحدث ناميات عظمية ودشابد جسيمة فيجب الاقلاع عنه اقلاعا باتاً في الحداثي السن .

والطريقة السبارة يجب اجراؤها كلما كان الامر ممكناً وذلك مستطاع دائماً في الطرف العلوي . وخير طريقة في التثبيت هي تثبيت

قطع الكسر وتحريك العضلات والاوراق والمفاصل غير ان هذا متعذر في جميع الكسور اما في كسور الساق فقد حققه دله بجهازه الجبسي .

واما المعالجة الشافية لتلك العوارض التالية للكسر فتستمد من الحمامات والمناضج وحمامات النور والهواء الحار والتمرينات الفاعلة وعودة الشخص الى عمله .

والحذر كل الحذر من العكاكيز التي يعتاد المريض استعمالها فيطيل بها مدة المعالجة وخير للمريض ان يطيل مدة نومه في السرير بضعة ايام مع اجرائه بعض التمرينات وهو فيه حتى يتمكن من المشي مستنداً الى عصا من ان يسمح له بالنهوض والاستعانة بالعكاكيز .



علاقة الحمل بتسوس الاسنان

٢

الدكتور ابراهيم قندلفت

رئيس مخبر طب الاسنان في المعهد الطبي العربي

اما وقد انتهينا من بحث نسج السن الثلاثة اي المينا والعاج واللثة نتقل الان الى الكلام عن سرىات التسوس والنتائج التي وصل اليها الاحصاء العلمي الحديث فنقول :

يتدى التسوس على سطح المينا الخارجي فاذا لم يعالج تابع سيره مخترقاً المينا والعاج حتى اللب . والتسوس نوعان : بطيء وسريع وكثيراً ما يتحول كل من النوعين الى الاخر لاسباب لا نزال نجعلها

اما التأكل الذي يشاهد في اعناق الاسنان فسيبه حامض تفرزه الفدد اللثوية ومما يستلفت النظر اولاً انصقال السطوح المتأكلة وهو من امم العلامات الفارقة بين التأكل والتسوس والاول ابطأ سيراً من التسوس البطيء .

واكثر ما يحدث التسوس بين السنة التاسعة والثانية عشرة ولا تأثير للحمل في التسوس . فقد فحص الدكتور بيرغ (Birg) النمسوي اسنان مئتي امرأة حامل فلم يجد فيها اثرأ للتسوس . كذلك قام الدكتور زيسكن (Ziskin) بفحص افواه ٥٩٩ امرأة حاملاً ومراقبتها ٢٠٥ نساء غير حاملات واليك

النتائج التي توصل اليها :

يزداد التسوس بتقدم العمر اما مقدار ما يفقد من نسج السن بسبب التسوس فواحد في الحاملات وغير الحاملات . كذلك ظهر له ان العوامل التي تسبب التسوس واحدة في الحالتين . وليس من المنطق ان يعتمد طبيب الاسنان الذي لا يعالج الا بضع حاملات سنوياً على مشاهداته الشخصية فيصدر حكمه على الحاملات كافة قائلاً ان اسنان الحاملات اكثر تعرضاً للتسوس من اسنان غيرهن . فقد رأى الدكتور زيسكين (Ziskin) المذكور كثيرات قضين مدة الحمل كلها دون ان يظهر في اسنانهن اقل اثر للتسوس ورأى مقابل ذلك عدداً كبيراً من غير الحاملات تكثر في اسنانهن حفر التسوس . فاصبح بذلك المثل القائل « لكل ولد سن » لا ينطبق على الواقع .

هذا وقد تبين بالاختبار ان حموضة اللعاب في تغير دائم وتطبق هذه الحقيقة على الحاملات كما تنطبق على غير الحاملات ويمكن التحقق من عدم استقرار حموضة اللعاب على حال بتجربة بسيطة يمكن لأي كان القيام بها فانا وضعت قطع من ورق عباد الشمس في افواه الغدد اللعابية وفي اللعاب المختلط ايضاً يلاحظ في مدة لا تزيد عن عشرين دقيقة ان اللعاب قد يتغير من حامض الى قلوي او بالعكس كذلك قد تفرز إحدى الغدد لعاباً حامضاً الفاعلية بينما يكون اللعاب المفرز من مقابلتها في الجانب الاخر قلوياً وقد لوحظ ان التسوس يحدث في الاسنان التامة التكلس كما يحدث في الاسنان السيئة او الناقصة التكلس . كذلك تبين من تجربة قام بها الدكتور هوبويل سمث (Hopwel Smith) انه لا تأثير للحوامض في احداث التسوس . فقد اخذ

المذكور عدداً من الاطعمة ووضعها في مستنبت هضموني ثم لقمها بالجراثيم المحدثه للتسوس . فوجد ان هذه الجراثيم كانت تنمو وتتكاثر في البيئه القلوية بينما هي لم تنم قط في البيئه الحامضة ويستثنى من ذلك حوامض الفواكه وقد نسب الدكتور سمث ذلك الى مائيات الفحم المحتواة في هذه الحوامض لانها بيئة ملائمة جداً لنمو الجراثيم . فبين من هذه التجربة ان الحوامض الخالية من مائيات الفحم توقف نمو الجراثيم المحدثه للتسوس .

وتتحقق بالتحليل الكيماوي ان كمية الكلس المحتواة في اسنان الرجل واسنان المرأة تكاد تكون واحدة وانه اذا كان فرق بين الاثنين فهو زهيد جداً لا يمتد به .

والاسنان البشرية قابلة للتسوس حتى بعد اخراجها من اسنانها . فقد كانوا قبل اختراع الاسنان الخزفية الموجودة اليوم يستعملون اسناناً بشرية على صفائح من الكاوتشوك . وقد حدث مراراً ان تسوست هذه الاسنان وهي على الصفيحة الاصطناعية مع انها كانت قبل وضعها صحيحة خالية من كل اثر للتسوس .

كذلك لوحظ ان التسوس قلما يحدث في الافواه المصابة بالتقيح اللثوي فقد وجد الدكتور برنز (Brinz) المشهور بابحاثه عن التقيح اللثوي انه حيث التقيح اقمي فالتسوس يحدث ويتقدم بنفس السرعة التي يتقدم بها في الافواه الصحيحة اللثة اما حيث التقيح عمودي فالتسوس نادر جداً حتى ليصح ان يقال ان الفم المصاب بالتقيح اللثوي العمودي منيع على التسوس . وقد قال الدكتور بول ديوا (Paul Dubois) ان التقيح اللثوي وتسوس الاسنان

يكونان في الفم الواحد بنسبة متعاكسة اي حيث التقيع كثير فالتسوس قليل والعكس بالعكس .

ولم تأتِ على ذكر الاحصاءات والنتائج العملية المذكورة اعلاه الا لنجعلها مستنداً لحض النظرية القديمة القائلة بان الحمل احد اسباب التسوس فنقول :

ليس في السن ما يدلنا على الية تمكن بها من نقل الملاح الكلسية من نسج السن الى مكان اخر من الجسم لان اللب النسيج الحي الوحيد في السن هو عضو فريد منحط لا يمكنه القيام بهذا العمل . اما ما زعمه الدكتوران بوديكر وهاو « Bodecker et Howe » من ان غلافاً عضوياً يحيط بكل من مواشير المينا فزعم مخالف للمنطق من وجهتين فمن الوجهة الاولى لو كان الزعم المذكور صحيحا لكان المينا ضعيفاً جداً لا يقوى على مقاومة جراثيم الفم . ومن الوجهة الثانية : لو كان كل موشر مينائي محاطاً بغلاف عضوي لوجب ان تكون نسبة المواد العضوية في المينا من ٢٥ - ٤٠ في المائة على الاقل مع ان التحليل الكيماوي قد اثبت ان كمية المواد العضوية في المينا زهيدة جداً ومع كل ذلك فلنسلم جدلاً ان في السن البتة لم تمكن بعد من اكتشافها او تفهم كنهها يمكن بواسطتها نقل الملاح الكلسية من نسج السن الى مكان اخر من الجسم . ففي هذه الحالة تقل المواد الكلسية في جميع نسج السن على السواء ومن جعلتها الملاط فيلين وترتقي الباف شاربي (Sharpey) الممتدة من الملاط الى الرباط السني السنخي وتكون نتيجة ذلك تخلخل الاسنان وسقوطها وهذا ما لم نسمع بمحدثه في اثناء الحمل . هذا من جهة ومن جهة اخرى

فان العلاج بسبب وضعه وملاصقته لللب يكون اول نسيج تتحلل منه المواد الكلسية غير ان الفحوص المخبرية والملاحظات السريرية تنفي انحلال العاج ابتداء من الداخل الى الخارج . وفضلا عن ذلك فكثيراً ما نشاهد اناسا ميناء اسنانهم مبيء التكلس وهي (اي اسنانهم) مع ذلك تكاد تكون خالية من التسوس حتى في النقط الاسوأ تكلساً . وهذا مما يقلل من صحة النظرية القائلة بحدوث التسوس على اثر نقص المواد الكلسية في الميناء .

ولا يخفى انه لا بدّ لامكان انحلال اي مادة صلبة في الجسم وامتصاصها من خلايا خاصة ملاصقة لتلك المادة لتحلها بالتحال الحيوي وتمتصها او تبتلعها كاملة كما يحدث متى حقن نسيج حي بمحلول علقت فيه ذرات من الفحم . وحتى اليوم لم تستطع اقوى المجاهر الحديثة ان تكتشف اثرا لهذه الخلايا الممتصة أو المبتلعة في انايب العاج حيث ينتظر وجودها لو صحت النظرية القائلة بانحلال الميناء ابتداءً من سطحه الداخلي اي الملاصق للعاج كذلك ثبت بالتجربة والاختبار ان المعالجات النظرية التي اشار بها الدكتور بيرس للتعويض عما تفقده (على زعمه) الاسنان من المواد الكلسية اثناء الحمل لم تأت باقل فائدة في منع حدوث التسوس فضلاً عن انه قد ظهر بنتيجة التحليل الكيماوي ان مقدار الكلس في اسنان الحامل ليس باقل منه في اسنان غيرها .

كيفية حدوث التسوس : تقدم معان التسوس يتبدى على سطح الميناء الخارجى ويتقدم متجهاً نحو اللب لذلك لا يمكن ان يكون للتسوس اقل علاقة بالتغيرات الداخلية وما يؤيد هذا القول حصول التسوس في الاسنان البشرية المركبة على صفائح من المطاط فان التسوس كان يبدأ ويتقدم في هذه الاسنان

الحالية من الحياة كما كان يحدث في الاسنان الحية المرتكزة في اسنانها .

اما ما زعمه الدكتور ميلر (Miller) من قوة المقاومة في العاج والمينا
وامكان حصول الالتهاب في العاج فيكفي لاثبات بطلانه ان نذكر ما اتينا به
من البراهين للدلالة على خلو المينا والعاج من الحياة .

ويزعم الدكتور المذكور ايضا ان السبب المباشر لتسوس الاسنان هو
الحوامض التي تولد في الفم . فلو كان ذلك صحيحاً لوجب ان يبدأ التسوس
في جميع سطوح السن على السواء لان سطح المينا الخارجي اذا فحص تحت
المجهر ظهر كثير الشقوق والوهاد تغطيه طبقة من الغشاء المخاطي . ومن السهل ان
تجس في هذه الشقوق مقادير صغيرة من الحوامض تسبب انحلال المينا الذي

هو الدرجة الاولى في حصول التسوس . ويرد البعض على هذا الاعتراض
بقولهم ان سطوح السن تنظف دوماً باحتكاك الطعام بها وان الحامض المحصور في
هذه الشقوق الصغيرة عرضة للتغير الدائم تبعاً لتغير حموضة الفم العامة . غير ان
ما يصح ان يقال عن هذه الشقوق المجهرية من عدم بقاء محتوياتها على درجة واحدة
من الحموضة يصح ان يقال ايضاً عن الشقوق والوهاد الكبيرة التي يبدأ فيها
التسوس عادة . فان الغشاء المخاطي الذي يغطي فضلات الطعام الراسبة في هذه
الشقوق ليس محكماً ليمتنع معها دخول اللعاب لهذه الشقوق وتعديل حموضة
محتوياتها .

وفضلاً عن ذلك فقد دل الاحصاء على ان التسوس في الافواه المصابة
بالتقيح اللثوي ليس بأكثر حدوثاً ولا بأسرع سيراً منه في الافواه السليمة من

هذا المرض . هذا فى التقيح الاقضى . اما فى العمودى فتكاد تكون الاسنان منيعة على التسوس مع ان جيوب القبح اشد ما تكون ملائمة لانجاس الحوامض بل هى فى الواقع اشد ملائمة لذلك من الشقوق والوهاد على سطح المينا . ومع ذلك فحصول التسوس فى السطوح المجاورة لهذه الجيوب نادر جداً .

هنا من جهة الحوامض وتأثيرها المباشر . اما من جهة علاقتها بالجراثيم المحدثه للتسوس فقد تبين معنا فيما سبق انها توتف نحو هذه الجراثيم . ولو كانت الحموضة العامل المهم فى حصول التسوس لكان التأكل الذى يحدث فى اعتناق الاسنان تروسا والواقع ان الاول يختلف عن الثانى كل الاختلاف مجهرىاً ونسرياً .

هذا تفنيد الدكتور سميث (Smith) لنظرية الدكتور ملر (Miller) الذى ينسب حدوث التسوس اثناء الحمل الى نقص المواد الكلسية فى نسيج السن . اما الدكتور ماجيتوت فينسب ذلك الى ازدياد حموضة الفم اثناء الحمل . ونكتفى فى الرد على ذلك بالقول ان حموضة اللعاب لا تستقر على حال بل هى فى تغير دائم فضلاً عن ان الحوامض ليست العامل المهم فى احداث التسوس . ثم انه لو صحت النظرية القائلة بان الحمل احد اسباب التسوس لوجب ان يحصل التسوس فى اسنان جميع الحاملات على السواء مع ان المشاهد غير ذلك كما اثبتت احصاءات الدكتور زيسكن المذكورة اعلاه .

وافضل ما نختم به مقالنا هنا فذلكة صغيرة للدكتور راندال

(Randall) اوضح فيها سبب نشوء الاعتقاد الشائع بان الحمل احد اسباب التسوس فقد قال المذكور ان ذلك يرجع الى امرين : الامر الاول هو ان اكثر الحفر التي تشاهد في اسنان الحامل قد ابتداء التسوس فيها قبل الحمل . ولو كان استعمال الاشعة المجهولة شائماً في تلك الايام كما هو اليوم لتمكنوا من اكتشاف تلك الحفر منذ ابتداء التسوس فيها قبل الحمل . والامر الثاني هو ان اكثر الحاملات يهملن امر الاعتناء بصحة افواههن فينتج من ذلك كثرة التسوس المشاهد هنا اذا صحت النظرية القائلة بان اهمال تنظيف الاسنان يؤدى الى تسوسها .



شذرات لغوية

« سلم »

للطالب السيد مسلم القاسمي

٢٣ - الحقة - ^(١) : ومن المصطلحات الطبية ترجمتهم (Dysurie) بعسر البول ، أو صعوبة اطراح البول والنخ ، والعرب تقول في هذا الصدد « حَقَب فلان ، واصابه الحقب » ورد في القاموس « حَقَب كفرج تعسر عليه البول من وقوع الحقب » فالحقب « بفتح الحاء والقاف » ملائمة تماماً لهذا المصطلح الافرنجي فنقول بعد الان اصيب الشخص بالحقب وليس بصعوبة التبول .

٢٤ - السبلة ، الثفرة ، الثثرة : ومنها قولهم « التلم ما تحت الانف » مقابلة للتعير الافرنجي (« philtrum » « sillon sous nasal ») ويقولون عنها ايضاً التلم ما تحت الوترة ، وخير لنا ان نقول هنا « السبلة » بفتح الباء « وهي الدائرة في وسط الشفة العليا » او ان يقال « الثفرة » بفتح التاء وكسر الفاء وهي « الثقرة »

(١) الحقة : وتفضل الأطام وهي من وضع العلامة الاب انتاس ماري الكرملاني لان الحقب وان تكن صحيحة الوضع والمعنى تدل ان عسر البول في الجمل وقتي ريثا يزال الحقب عن ثيله فاذا ازيج قضى حاجته فهي لا تدل على داء اما الأطام فهو حصرة البول من الداء ومستعمل للرجل والبمير . والرجل المصلب مأطوم (dysurique) .

في وسط الشفة العليا « كما ورد في القاموس . وقد جاء في معنى « النثرة » ما ينطبق على ما ذكرناه ، فما لاسائدة التشريح والاطباء الا ان يتخبروا لفظاً من هذه الالفاظ التي اوردها .

٢٥ - اللعوة : ومنها قولهم « الهالة ما حول حلمة الثدي » او « الهالة الثديية » وهو الجلد المصطبغ بالسرة حول حلمة الثدي ، والمصطلح هنا اطول من تعريفه من اجل هذا كان لا بد لنا من ان نعمل « اللعوة » يفتح اللام وهي كما ذكر عنها الفيروزبادي في قاموسه انها « السواد حول حلمة الثدي » فنكفي بهزم اللفظة شر التطويل المزعج .

٢٦ - الشئن : ومنها قولهم تكثف البشرة ترجمة لكلمة (callosité) أو تصلب الجلد (sclérodémie) والصواب ان يقال « الشئن » يفتح الشين والهاء . جاء في القاموس « شئت كفه كفرح وكرم شتاً وشئونة خشت وغلظت فهو شئن الاصابع » هذا يقع لمن انهكوا بشريتهم ودثبوا في عملهم كما يقع للزراع والعمال فتغدو بشرة ايديهم خشنة الملمس »

وقد جاء في جسا ما يرادف ما ذكرناه من المعاني « جسات يده من العمل اي صلبت والجس الجلد الخشن ويد جسا مكنبة من العمل .

٢٧ - قابض ، غص : ومنها قولهم (دواء قابض) وهو ما يمسك بالامعاء كالافيون وقولهم ايضاً « ان طعم الدواء الفلافي قابض » وذلك عندما يأخذ باطراف اللسان كالعص مثلاً .

فعدت لفظة « القبض » هنا مستعملة في موضعين مختلفين فيجب ان

نفرق تأثير العلاج في الفم عنه في الامعاء فنقول للأول « ان طعم الدواء غصص وبه عفوصة » وهو الطعم الذي يشعر به كل من يتناول الغصص وما كان على شاكلته .

قال الزبيدي في تاجه « العفوصة : المرارة والقبض اللذان يعسر معها الاجتلاع وهو عَفِص ككُتِف » .

ونقول للدواء الثاني « ان تأثيره قابض ^(١) » كما لو جرعنا المريض الاقيون او تحت ازوتاة البزموت لاحداث القبض .

٢٨ - السمادير ^(٢) : ومنها قولهم يرى المريض التباب الطائر ترجمة (mouches volantes) .

على ان المريض لا يرى في الحقيقة ذباباً طائراً بل ان كثافة تعرض له في الجسم الزجاجي او العدسة البلورية فيتراءى للمريض سواد لا يلبث ان يزول سماه علماء الفرنجة (mouches volantes) تشبيهاً له بالذباب الطائر .

ولو استعملنا في هذا الموضوع لفظة (السمادير) لكان افضل اذ ورد في فقه اللغة في فصل عوارض العين قوله « اسمدرت عينه اذا لاحت لها مباديروهي ما يتراءى لها من اشباه التباب وغيره عند خلل يتخللها » .

وذكر صاحب التاج « السمادير ضعف البصر او شيء يتراءى للانسان من ضعف بصره » .

(١) او عقول لان العقول ما يعقل البطن من الادوية (المجلة)

(٢) نهنا الى هذه الكلمة منذ بضع سنوات (المجلة)

- ٢٩ - السلخ لا التسليخ: ويقولون « فن التسليخ » كما يقولون « علم التشريح » والثانية صحيحة لان الفعل فيها « شرح » بتشديد الراء في المصدر تشريحا اما الاولى فقد جروا فيها على نسق الثانية وقالوا تسليخا كما قالوا تشريحا والصواب ان يقال « السلخ » لان الفعل سلخ والمصدر هو « السلخ » لا التسليخ ورد في القاموس المحيط « سلخ كنصر ومنع كشط ونزع » .
- ٣٠ - النعظ لا الاتعاظ: ويقولون ايضا « الاتعاظ » وهو غلط وصوابه « النعظ » وتحرك العين ايضا والفعل نعظ ينعظ كقطع كما ذكره صاحب القاموس .



مستحدثات طبية

للطالب السيد مسلم القاسمي (مترجمة عن جرائد الغرب)

تأثير الساليرغان (salyrgane) المدر :

إذا حقن الشخص السالم بالساليرغان لا يحدث أقل تبدل في مقدار البول ،
أما في جميع الحالات التي يصحبها انحباس السوائل في البدن فالحقن بالساليرغان
يكثّر المفرزات البولية و يهلق السوائل المنجسة .

ولم يبدُ للساليرغان في سياق تجربته على خمس وعشرين مريضاً أقل تأثير
في أحداث الليلة الآتية أو انطراح الاسطوانات البولية الا اذا كانوا
مصابين سابقاً بالتهاب الكلية ومتى كانوا مصابين بأفة كلوية لم يكن للساليرغان
قل فعل في جعلها أكثر وخامة .

كل هذا قد ثبت لمن كانوا يشرفون على المرضى ويتبعون احوالهم فانهم
كانوا يحقنون (٢٠ حقنة ، في كل يومين واحدة) .

ويؤثر هذا العلاج في الودمات الدورانية المنشأ اسرع من تأثيره في سواها
غير أن الحبن الكبدي (ascite cirrhotique) يتحسن ايضاً .

والتجارب التي اجريت في مدة عام واحد عن هذه المادة تسبغ لنا بان
نعد هذا العلاج علاجاً خاصاً في الودمات الدورانية المنشأ المستعصية على كل
علاج .

مقابلة بين عدة تجارب عن معالجة البرداء : عالج جاروسلاوسكي المصابين

بالبرداء بواسطة (١) الكينين (٢) السلفرسان مع الكينين (٣) السيروسيد مع الكينين (٤) السيروسيد (٥) البلاسموشين (plasmochine) البلاسموشين المركب .
فعلاج هو لاء المرضي بالسيروسيد وحده اعطى نتائج كانت نسبة النكس فيها (٥٦,٢) ٠/٠ وهي نتائج لا تسر كثيراً ، ثم جرب السيروسيد والكينين فكانت نسبة النكس ٤٠ في المائة . اما علاج هو لاء المرضي بالسلفرسان والكينين فكانت نسبة النكس فيهم (٣٤,٤٥) في المائة وبالكينين ٢٥ في المائة .
اما النتائج القيمة فقد كانت بجانب البلاسموشين الذي كان نكس المرض فيه على نسبة ٧٤,٤ في المائة .

فعلاج الحى الثلث الخبيثة (la tierce maligne) بالكينين كان النكس فيها (١٢,١) في المائة وبالبلاسموشين ٨٤,٣ ٠/٠ وفي علاج البرداء الناكسة كان للبلاسموشين تأثير يبلغ اذ لم تتجاوز نسبة النكس فيها (٤ في المائة) .
ففي معالجة الشكل الثلث الخبيث من البرداء بالبلاسموشين لم يبدأ اذى تشوش كالم المعدة والازرقاق (cyanose) او جوي الاذن والمقابل كان في الحى الثلث السليمة من البرداء حوادث ازرقاق بنسبة ٣٤ ٠/٠ ، وعلى كل يجب الا يقطع العلاج بل يعطى بمقادير متناقصة تدريجياً ، حتى ان الاحوال النادرة من اضطرابات المعدة التي تحدث اثر تناول هذا العلاج ليس لها اهمية تذكر .

وبما ان البلاسموشين ليس له طعم فهو سهل التناول ولا محذور يلصق بجانب هذا العلاج (على رأي ج) الا خفضه الحرارة ببطء ، وليس من الحكمة ان نعتد لهذا ازاء ما له من التأثير القاطع في احوال النكس .

السيروسيد (spirocide) في معالجة الزحار المتحولي وفي بعض آفات

معوية ناجمة من الخلم « protozoaires » .

عالج الحكيم جاكوبي ما يزيد عن مئتي مريض اصابوا بتعفن مصدره المتحولات الحالة للنسج^(١) (*entameba histolytica*) واللمبيات والدويات المشعرة^(٢) (*trichomonas*) بالسيروسيد ، فكان جزيل الفائدة كبير النفع في (٤٣) مريضاً كانوا مصابين بالمتحولات الحالة للنسج ، وثمانية بالمتحولات الحالة للنسج والدويات المشعرة ، ومريض واحد بالزحار المتحولي والدويات المشعرة ، وثلاثة باللمبيات المعوية ، واثنين باللمبيات والدويات المشعرة ، واثنين باللمبيات و (١٣) بالدويات المشعرة .

وبعد (٣ - ٤) ايام مرت على المعالجة بدأ التحسن الملموس يظهر شيئاً فشيئاً . وبعد اسبوع كان ينظر الغائط طبيعياً (بالعين المجردة والمجهر) . ولقد ظلت عشر حالات منيعة على هذا العلاج .

(جمعية اطباء براغ في المانيا ٢٧ - ١ - ١٩٢٨)

معالجة المصاب الوركي الطيبة :

ان العلاج الذي ما برح مجهولاً في معالجة المصابات هو السوبرارينين (*suprarénine*) . ومنذ سنوات عديدة احرز « س » نتائج باهرة في معالجة تلين العظام (*ostéomalacie*) به وفي بعض انواع الحرض . وكانت النتائج محسوسة في زوال الآلام وتناقص التورم . ومع ذلك فالسوبرارينين اظهر من الفائدة في معالجة العصاب الوجهي والعصاب الوركي (بطريق ما تحت الجلد) ما تراتح اليه

(١) و (٢) كلا اللفظين من ترجمة الاستاذ الحكيم احمد حمدي الخياط (نقل عن

مصنفه الحديث في فن الجراثيم)

نفس الطبيب . وليست هذه النتائج التي ذكرناها عرضية صرفة وموقته بل ان التجارب العديدة تبين لنا الحصول على شفاء مديد .

اما في الربو الامامي (*asthme essentiel*) فقد استطاع هذا العلاج ان يكون له من التأثير ما للبيراميدون وفي الشرق (السعال الديكي) ما للكينين . وصفوة القول ان السوبرارين هو علاج عظيم الاهمية يسدد في وجه العصابات وآلام المفاصل (*anti-anthralgique*) والحرص (*anti-arthritique*) . تجارب سريرية بالادمنادين في آفات الاذن والبلعوم

عولج من المرضى في سريريّات برنفلدي القدس بالادمنادين (*omnadine*) (١١٥) مريضاً كانوا مصابين بمخرجات حول اللوزة ودمل مجرى السمع الظاهر والتهاب الاذن الحاد فكانت نتيجة العلاج ما يأتي :

١ - قصر مدة المرض .

٢ - سقوط الحرارة بسرعة

٣ - تحسن آتي في المريض

وفي الترشحات (*infiltrations*) ما حول اللوزة تكفي حقنتان او ثلاث حقن يومياً منه لازالة الالتهاب فيها او لانتفاحها والتهابات الاذن تعامل المعاملة ذاتها ومتى لم يكن تقيح بعد بل احمرار غشاء الطبل المرافق لألم الاذن وصناع مبرح ثلاثي مظاهر الالتهاب بمحقنة او ثلاث حقن من الادمنادين وفي الوقت نفسه تسقط الحرارة والآلام تخف بصورة محسوسة .

معالجة الحروق المجهضة بالكحول الصرفة : مثلنا مراراً عن قيمة معالجة الحروق بالكحول وعن طريقة فعلها فلم نجد افضل من الاسطر التي خطها الدكتور فيره

منذ بضع سنوات في مجلة الجمعية الطبية الجراحية في الهند الصينية .
تستعمل من الكحول الكحول الصرقة (بدرجة ٩٤) ويجب ان تستعمل
في الحروق من الدرجتين الاولى والثانية منذ الدقائق الاولى الذي يحصل فيها
الحرق وطريقة استعمالها ان يغمس القسم المحروق في منطس كحول او ان تبلل
رفادات جيداً بهذا السائل وتوضع على السطح المحترق اذا كان غمسه متعذراً
فالكحول بفعليها المتبايض تبهض الحرق وتمنع الخويصلات عن التكون وتمحو
العراقل التي قد تنجم منها . والفائدة تظهر بعد بضع دقائق لان نزع الضماد
ممكن بعدها دون ما حاجة الى اعتبارات اخرى فالبشرة المعراة تبقى حمراء ثم
تتشرب صفائح دقيقة بعد بضعة ايام تاركة جلداً جديداً وندبة قليلة الظهور .
ونضيف الى هذا ان وضع الكحول ليس مؤلماً كما يظهر لا بل هي في بعض
الافاق مخدرة .



مقتطفات حديثة أيضاً

للدكتور كمال زوده من طرابلس الشام

علامة جديدة باكرة في الحصبة :

تشخيص الحصبة قبل ظهور النفاطات مهم في الوقاية لذلك كان للتدقيقات التي قام بها مجدداً المجمع الطبي الاميركي في نيويورك . في ما كتبه الدكتور ستيمسون (Stimson) شأن يذكر . فقد اثبت ان هناك علامة جديدة تظهر حتى قبل لطخات كوبليك وهي انتباج خفيف في الجفن السفلي وخط احتقاني واضح الحدود يعترض هذا الجفن قريباً من حافة الغضروف الظفري وفي ثلث المسافة الكائنة بين حافة الجفن ورتج المنضمة .

اما مدته قصيرة جداً لان الاحتقان ينتشر خلال يوم او يومين انتشاراً سريعاً الى المنضمة المحيطة بالمنضمة الجفنية .

. وتعاقب اعراض المرض حسب تحريات الدكتور ستيمسون على

النمط الآتي :

اولاً تظهر الحرارة ويبدو بعدها باثنتي عشرة ساعة انتباج في الجفن السفلي ثم يظهر الخط الاحتقاني في الوقت نفسه الذي تظهر به النفاطات البلعومية وبعد اثنتي عشرة ساعة تظهر النزلة وبعدها باثنتي عشرة ساعة اخرى تظهر لطخات كوبليك واخيراً في ختام ٣٦ ساعة تظهر النفاطات الاساسية ويرافق دور الصولة هذا انحطاط عام وآلام رأسية (آ ه) .

طريقة سريعة واكيدة في تسكين الام الاسنان والاذن :

اذا شاهدنا مريضاً متألماً من اسنانه و اردنا تسكين ذلك بطريقة بسيطة
 نأتي بقنينة فيها زيت الخردل الايثري ونطلب من المريض ان يغلق فمه وعينه
 ويسد فتحة انفه الموافقة للجهة السليمة ثم نضع القارورة قرب منخره المناسب
 للجهة المتألمة ونسأله ان يشق بشدة من انفه فتظهر في الحال اعراض تخمخ
 نهايات الثلث التوائم الحسية وهي احمرار في الوجه ودماغ ويسعل المريض اذا
 نسي ان يغلق فمه ويسكن بعد هذه الاعراض المزعجة في الحال الم منه مها
 كان شديداً وبمثل ذلك يسكن الم الاذن الناتج من التهاب الاذن الوسطى
 الحاد .



كتب حديثة

ذكرى البطريرك غريغوريوس الرابع : هو كراس يقع في ٦٣ صفحة يقطع
الثن طبع في المطبعة الادبية في بيروت سنة ١٩٢٩ مزين ببعض الرسوم وضعه
الاستاذ العلامة عيسى اسكندر المعلوف بمناسبة مرور السنة الاولى على وفاة
العلامة الطيب العين والاثر غريغوريوس الرابع الحداد بطريرك انطاكية وسائر
المشرق للروم الارثوذكس . وقد جاء فيه نبذة مختصرة عن تاريخ آل حداد
الذي يتبع غبطة البطريرك الميم ثم ذكر نشأة الفقيه وانتخابه بطريركاً انطاكياً
واثاره العلمية والادبية وعدد صفاته واخلاقه وذكر اسماء الاساقفة الذين ساهم
والتلامذة الذين علمهم في بلادنا وخارجها وتفاً من خطبه ورسائله ومنظوماته
واقوال المشاهير في مدحه وتأيينه فجاءت رسالة لحنها وسداها التمجيس ككل
ما تنفثه براعة مؤرخنا الشهير .

وقد كنا نتمنى لصديقنا الفاضل حياة سعيدة ينصرف بها الى اعماله العلمية
لا تكدرها المصائب فاذا بالدهر قد رآش من قوسه سهماً فاصاب به في السابع من
كانون الثاني في سان باولو (البرازيل) غصناً يانعاً من دوحة هذه الاسرة المحيطة
وزهرة فائحة الارجح من زهرات هذا البيت العزيز ولم يشفق على ذلك الشباب
الفض ولا على ذنبك الابوين . اجل قضى فوزي نجل الاستاذ العلامة عن ثلاثين
عاما بعد ان صرف العشر الاخيرة منها هزأراً مفرداً في دوحات الادب فاعجب
بتفريده من سمعه من ابناء الضاد والاعاجم ونقل بعض قصائده شعراء الغرب
الى لغاتهم وقد عرفه معهدنا الطبي حين كان كتوماً فيه وعرف فيه كل من

عامره وخبره من روءساء واساتذة وطلبة الصفات الحميدة النادرة والادب الجم
وان مجلةالمعهد ترفع بلسان الجامعة الى والده العلامة وافراد أسرته الكريمة عواطف
التعزية والاسف سائلة للفقيد السعادة الابدية ولاهله الصبر على فقده .

مجلة الرياضة البدنية : اهدى اليها الاستاذ محمد فائق الجوهري مدير معهد
التربية البدنية بشبرا بالقاهرة عدد ينير من صحيفة المعهد الخاصة حافلاً بالأبحاث
القيمة في الصحة والجمال والرياضة البدنية والاعذية والزواج والعلاقات التناسلية
وكل ما يتعلق بالحياة الجنسية للمرأة والرجل . مطبوعاً طبعاً متقناً على ورق
مضقول وهو يطلب من المعهد راساً ومن المكاتب الكبيرة وثن العدد ٣٠ ملياً
والاشتراك ٣٠ قرشاً في السنة . فنشكر المعهد على هديته ومجهوده في ميل
خفنة الجنس البشري ونحث القراء على اقتناء هذه الصحيفة الجديدة في نوعها



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في اذار سنة ١٩٣٠ م - الموافق لشوال سنة ١٣٤٨ هـ

السرطان

وبعض ملاحظات عن اسبابه ولا سيما الالتهابية والانتانية

للدكتورين مرشد خاطر وشوكة الشطي

الاستاذين في معهد الطب بدمشق

السرطان كان ولا يزال شغل العلماء الشاغل جرب فيه الباحثون سلاحهم منذ صادفوه فعاد كليلاً وسعى المدققون منذ عرف الطب الى كشف غوامضه فتأهوا في مجاهله وما سبب تلك الحية الا التوامض التي تحيط به من كل اطرافه والمسالك الوعرة التي لا يتسنى للعابرين اليه سلوكها ولستأبزمي في مقالنا هذا ان نبذل الظلمات ونبر اسباب السرطان فنحن كسوانا عاجزون عن بطلوك هذا المسلك الوعر غير اننا نتوخى دعم نظرية ظهرت منذ امد قليل وكانت يظنها

البعض جديدة في عالم الطب فاذا بها قد مرت عليها القرون واذا بواضعها قد رثت عظامهم في اجداثهم وبلت نظريتهم معهم ثم عادت ففشرت وما تلك النظرية سوى علاقة الالتهاب والتعفن بالسرطان علاقة لا نستطيع ان تثبت انها مسببة وليس لدينا البراهين الدامغة للإثبات بل انها مساعدة وهذا ما تقوى على دعمه بالمشاهدتين اللتين سنوردهما في هذا المقال .

فتنا ان النظرية التي ذكرناها ليست بالجديدة فقد عرف السرطان المصريون القدماء قبل المسيح بانف وخمسمائة سنة ودونوا عنه بعض المشاهدات وتابع اليونانيون هذا البحث قسم ابقراط السرطان انواعاً وذكر اعراضه وبحث فيه جالينوس ولم يهمل اطباء العرب النوايع الذين كانوا حملة لواء العلوم في عهد حضارتهم . بل كان يعالجه ابن سينا بالزرنيج ولعل ما ذكره عن شفاء بعض آفاته بهذه المعالجة لم يكن الا زهرياً قد ارتدى ثوب السرطان . واوصى غيره بكيه وجرب سواء استئصاله بالطرق الجراحية الواسعة .

وجاء اخيراً هونتروفرضع نظريته في تولد السرطان وبحث فيها عن الالتهاب وجاراه في هذه الفكرة لايناك الذي كان يعتقد ان الالتهاب يعد البيئة الملائمة للاورام ولم يكتف ديتران بقبول هذه الفكرة بل غالى فيها الى القول بان اسباب السرطان النهائية واثانية .

وبحث الاستاذ دوروكس في كتابه عن اسباب السرطان وعلاقته بالالتهابات المزمنة ولا سيما الزهري فقال كثيراً ما تتقلب الافة الزهرية التي تثبت في النعم او اللسان او الاعضاء التناسلية سرطاناً فهي تبدو كالطلا اولاً ثم

تسرع وتشفق وتبرعم ولا تلبث ان تسير سيرا سرطانياً .
ويذكر هذا المؤلف ايضاً حادثة امرأة رض ثديها فالتهب وتسرف
بعد مدة وجيزة .

ونذكر بهذه المناسبة حادثة رواها احد الزملاء وهي ان امرأة شابة
عض طفلها ثديها وهو يرضع فالتهب الثدي وتقيح ثم اصيب بالسرطان نظير
النخاع والحوادث عديدة من هذا النوع يطول بنا سردها .

وما يقال في الالتهابات يقال في التخرشات سواء أ كانت بالمواد الكيماوية
كالقطران او بالاشعة المجهولة او بسواهما .

فيتبين مما اوردنا ان نظرية السرطان والالتهاب ليست بالنظرية الجديدة
ولا نحن ندعي خلقها في عالم الطب وقد ملأت المشاهدات عنها بطون المؤلفات
بل اننا ممن يعتقدون بهذه العلاقة وقد تعددت لدينا المشاهدات المثبتة لها واننا
اذا اقتصرنا في بحثنا على مشاهدين فقط فلا نحتاج الى التطويل ولان المشاهدين
المذكورين قد ثبت تشخيصهما بالعناية التشريحية المرضية بيد ان المشاهدات
الاخرى التي لا نشك اقل الشك في طبيعتها السرطانية لم يتسن لنا درسها
النسيجي المرضي ولكننا كنا مقتنعين تمام الاقتناع بالشاهد السريري الذي
لا يدع مجالاً للشك في الطبيعة السرطانية وبالسير الذي افضى في جميع تلك
المشاهدات الى الموت .

اما الان وقد اتينا على هذه المقدمة الموجزة فليسمح لنا القراء الكرام
بايراد المشاهدين .

المشاهدة الاولى :

مدام ج . عمرها ٢٨ سنة اصيبت في كانون الثاني سنة ١٩٢٩ على اثر ولادة بشفق في الثدي فتكونت خراجة حادة آلت المريضة ايلا ما شديداً فبجأت المستشفى العام بعد تكون خراجتها بعشرة ايام مستشفى فشقت خراجتها وانصب صديد غزير منها لوثر على تضديد جرحها حتى اندمل بعد مرور عشرين يوماً على الشق غير ان الثدي عوضاً عن ان يعود لبناً مرناً بقي صلباً مكان الخراجة الامر الذي أقلق المريضة فبجأت عيادة احدنا في ٥ شباط تسألنا رآ به في هذه العجزة الصلبة فتبين له من فحصها ان ذاك الورم ملتصق بنسليج الثدي غير ان الجلد متحرك عليه وان الحلمة غير منكشة وان العضلة الصدرية الكبيرة غير مصابة لان الثدي كان يتحرك عليها دون ان يكون له بها اقل التماس وان عرض قشرة البريتال لم يبد على جلد الثدي ولم يشعر في الحفرة الابطية الا بعقدة بلغمية صغيرة بمجم اللوزة متحركة مؤلمة بعض الايلام . فشك في طبيعة ذلك الورم واثار على المريضة باستئصال وربما اولاً ومعاينته معاينة نسيجية حتى اذا اثبتت المعاينة طبيعته السرطانية عاد الى استئصال الثدي يومته مع ما في الابط من العقد .

وهكذا كان لان المريضة قبلت بما اشير به عليها فالجريت عملياتها في العاشر من شباط وارسل الورم الى دار التشريح المرضي حيث عاينته معاينة دقيقة احدنا واثبت طبيعته السرطانية وبلغت النتيجة الى زوج المريضة واشير عليه بالامراع في استئصال ثدي امراته والعقد البلغمية قبل التمسك غير انه سألنا قبل الاذعان لحكنا ان نعطيه قطعة من الورم ليجزي معاينته النسيجية في بيروت ايضاً فكان له ما طلب وبعد فحصه في دار التشريح المرضي في معهد بيروت الفرنسي جاءت المعاينة مثبتة لطبيعة الورم الخبيثة فلم يتردد اذ ذاك بقبول الاشرنا به عليه وقد اجررت العملية الثانية للمريضة في الثاني عشر من اذار واستئصل ثديها وما تحت ابطها من العقد البلغمية وبعث بها الى التشريح المرضي ايضاً للمعاينة فظهر ان الاستئصال السرطانية لم تبد في المقدود اندمل جرح المريضة بالمقصد الاول وتركت المستشفى العام بعد اثني عشر يوماً سليمة وهي حتى الان صليحة البنية ولم ينكس داومها .

الفحص التشريحي المرضي : هذا الورم صلب غارب الى الياضاض لبني يحدث صوتا

حين قطع بعض اجزائه التي يكثر فيها النسيج الضام ويسد حين كشط اجزاء اخرى بالسكين عصير لبني المنظر .

الفحص النسيجي : في بعض المناطق نسيج موءلف من شبكة ضامة نامية كثيفة تكثر فيها العناصر البلغمية : كريات يضاء كثيرة النوى ، كثيرات التصوير ، خلايا المصورة مما يثبت من الوجهة النسيجية ايضا صلة هذا الورم بالتهابات مزمنة قاطعتهاجمات التهاب حادة و يسكن جيوب الشبكة الليفية خلايا مرطانية كشمية نواها جسيمة مبرعمة وبعضها منقسم اقتساماً خيطياً شاذاً . اما طريقة نمو هذا الورم فيستدل عليها بفحص عدة مقاطع محضرة من الورم المذكور حيث يرى في بعضها منظر يدل على التهاب القنوات الاليتيلالية فقط ويرى في مناطق اخرى علاوة على منظر الالتهاب ان الابلطوم اخذ يشعب في المجاري البنية والعينات و يتركب طبقات عديدة وتتشاهد في محضرات نسيجية مأخوذة من امكنة اخرى ان الخلايا الاليتيلالية اصبحت ضخمة وكبرت جداً فشقت الغشاء القاعدي وانتشرت في العسل الضام واخذت تنمو نمواً سريعاً وتفاعل النسيج الضام تجاهها فحدث التركيب النسخي . و يلاحظ في مناطق اخرى وهي الاكثر عدداً ان النسيج الضام هو المتغلب مما يدور الى الظن بكون السرطان صلباً .

المشاهدة الثانية :

السيد ج . س . له من العمر ثلاثون عاماً اصيب منذ بضع سنين بتاسور شرعي فعالجه بالادوية المعتادة فلم يشف واستئصل جراحياً فلم يبرأ فاخذ يضمده ويستعمل كل ما كان يصنعه له الدجالون من الادوية الخروشة فكفت تطراً عليه حيناً بعد اخر هجمات حادة سببها الاشتراكات الجرثومية التي كان يدخل عواملها المرضية بتضميداته القذرة . وكانت كلما طرأت عليه هجمة التهاب حاد يهرع الى احد الاطباء فيستعمل له بعض المطهرات و يضمده ناحية تاسوره تضميداً طاهراً فتزول الهجمة الحادة و يعود التاسور الى سيره المعتاد .

الى ان جاء صيف سنة ١٩٢٨ فشر ان في اطراف تاسوره عقيدات صغيرة قد تفرحت فظن ان الالتهاب قد عاوده وعالجه بالطرق التي الفها وكان عجه شديداً اذ رأى ان الوسائط المذكورة لم تخمد ما ظنه التهاباً فاستشار الاستاذ عبد القادر بك سري فافاده ان تاسوره السلي لم يعد تاسوراً سليماً بل ربما كان سرطاناً واوفده الى الاستاذ طاهر بك الجزائري ليبيدي رايه فيه فطلب منه الاستاذ المذكور ان يأتي الينا لقطع خزعة من ورمه وتفحصها فحسباً نسيجياً ونسبي عنها جواباً قاطعاً .

الفحص التشريحي النسيجي : ورم متفرح ينز منه مهل تن ، يشبه نسيجه نسيج لحم الخنزير مكتنز تعلموه ادران صغيرة .

الفحص النسيجي : اذا تبنا البشرة من الجلد السليم الى الجهة المريضة ترى ان الابليوم المطحي قد زال بامل القرع وتبدو لنا الادمة بملموسة كتلا قائمة تنفذ في العميق بفرق بعضها عن البعض الاخر نسيج في وسطه عناصر السل الواهمة : ادران نموذجية مكونة من خلايا عرطلة ، خلايا نظيرة البشرة ، بلغميات وادران ناقصة مملوءة من عنصرين من العناصر المذكورة ويتألف محيط هذه الكتل من خلايا تشبه خلايا طبقة البشرات الخلية الادمة المنتشة ومركزها من خلايا مضلعة شائكة من نوع خلايا جسم ملبغي المخاطي وهي نامية تحت النشاء القاعدي بعد ان اخترق وترى في وسط هذه الكتل كرات كبيرة يضيء الشكل او غير منتظمة وهي الكرات المقرنة وتتركب هذه الكرات من صفيحات قرنية متحدة المركز شبية بلب البصل . وقد شوهدت في الخلايا اشكال اقسام خيطي شاذة .

وترى بين الخلايا في النسيج الغام حدا الادران كريات يضا كثيرة النوى وخلايا المنصورة وبلغميات . وتشاهد تحت الجلد غير المتفرح في الادمة عناصر السل والالتهاب . فالأفة اذن هي سل ظرات عليه هجات التهاب حادة فتحول الى سرطان .

لندقق في هاتين المشاهدين سريريا فترى ان مريضتنا الاولى اصيبت بنشق حمة ثديها الايمن ومالبث الاثتان ان استولى على الغدة فكون خراجة حادة فشتق وانمل جرحها ولكن عوضا عن ان يستمر هذا الشفاء ويعود الثدي لنا بقي صلبا . كان الخراجة والتصق هذا الورم الجديد بنسيج الثدي غير ان الجلد كان متحركا عليه والحمة لم تكن منكشة والعضلة الصدرية لم تكن مصابة الى غير ذلك من الاعراض التي لا تدل على سرطان فضلا عن ان عمر المريضة لا يتجاوز الثامنة والعشرين ربيعا فاستئصل الورم وارسل الى مخبر فننسيج فكان الجواب سرطانا نخالطه عناصر التهاب اقدم منه عهدا . وقد بين الفحص النسيجي

كالاعراض السريرية ارتباط تولد الورم بالالتهاب فهناك عناصر التهاب حادة
فمزمنة فضخامة الابليوم فجسامة الخلايا وكشمها فسرطان .

لنعد الى المشاهدة الثانية ، كان المريض مصاباً بناسور سيلي طرأت
عليه التهابات حادة في سنياق سيره ولم يلبث ان استحال سرطاناً فيكون السل
قد اعد البيئة للسرطان .

يستنتج من التدقيق في الاعراض السريرية والفحص النسيجي في هذين
المريضين أن للالتهاب والسل صلة مقصودة بالسرطان .

وهنا ما اردنا تبينه دفاعاً عن نظرية الالتهاب الذي اراد بعض
المؤلفين عليها .



الضنك

نشرت مجلة الطب (la Médecine) في جزء كانون الاول سنة ١٩٢٩ مقالة افتتاحية للدكتور تانون (Tanon) الاستاذ في معهد الطب ياريس بحث فيها عن الامراض العفنة في السنة المنصرمة وصدرها بالكلام عن (الضنك) وبما انه قد جاء في بحثه على نقد ما نشرته المجلات الطبية في تلك السنة عن هذا الوباء وكان القراء الكرام قد قرأوا على صفحات مجلتنا الكثير عنه رغبتنا الا تقوتهم اراء عالم كبير كالاستاذ تانون وقد شاء صديقنا وزميلنا الاستاذ شوكت بك الشطي ان يترجم هذا المقال .

المجلة

الضنك : يكاد لا يعرف في اكثر انحاء فرنسة استولت وافداته على شواطئ البحر المتوسط على سورية ومصر واسبانية وخفت شدتها بعد ما انتشرت في بلاد اليونان سنة ١٩٢٧ - ١٩٢٨ تفشياً عظيماً . وبحث فيه مجلة الطب في عددها العاشر للسنة المنصرمة وذلك بمناسبة ابحاث مانوسا كيس وليفياراتوس وفلاتوس وسا كورافوس وذكرت عنه تفصيلات بلبن وكامينو بتروس بما يعود الى انتقال المرض بالطيار (شتاغوميا) .

وظهرت هذه السنة تبعات اخرى مثبتة لما سبقها او متممة لها . وهي موضوعنا الان . فقد خصصت النشرة الطبية (Bulletin Médical) جزءها التاسع والثلاثين من سنة ١٩٢٩ لمرض الضنك وجاءت فيه على معلومات كبيرة

الفائدة يستتج منها ان ضنك البحر المتوسط مستقل خاص بشواطئ البحر الايض
وانه يمتاز عن ضنوك البلاد الاخرى .

هنا ما يراه الاستاذان مرشد خاطر وسامي بك الساطي . ويدعم هذان
المؤلفان رأيهما بملاحظات حيوية وبطرز مراية المرض فان ضنك سورية نفاطي
دائماً يجب الجملة القصية ويؤذي الكظر بصورة خاصة وهو استيلائي كما بدا
في اليونان يصل كل خمسة او عشرة اعوام . ويشاهد في اماكن مرتفعة ايام
البرد حيث لا يرى بعوض اما ضنوك البلاد الحارة فكثيرة الاشكال ومسدفة
(frustes) واقل انها كآ وفصلية وفردية تشاهد في الانحاء التي تكثر فيها
المستنقعات . ويدي سامي بك الملاحظة الانية وهي لو كانت للبعوض دخل
حقيقي لقضى الامر بان يمزج البعوض السكان جميعهم في آن واحد لان الاصابات
كانت عديدة وظهرت في بضع ساعات واصابت سكان امكنة مرتفعة لا وجود
للبعوض فيها .

قد يكون في هذه الملاحظة بعض الشطط لان المرض اذا اتخذ مشهداً خاصاً
فلا يعني ذلك انه مرض خاص .

وبما ان المرض قد ظهر بشكل استيلائي كانت اشكاله السريرية واحدة
وبدا مشهدها واحداً كما يقع متى ثبت الاثنان . ولا ترى الاشكال المختلفة الا في
الحادثات الفردية .

غير انه يجوز لنا ان نسلم استناداً الى كثير من المشاهدات والى شخصية هذين
الاستاذين البارزة بان لضنك البحر الايض سيراً خاصاً يختلف عن سيرا الضنك
المشاهد في البلاد الحارة ويبدو مستقلاً عن حمى الايام الثلاثة الناجمة من الخموش.

(phlébotome) كما ابان ذلك سريريا الاستاذ ترابو (مجلة الطب الجزء العاشر ١٩٢٩) ودوبرن . وهذا هو رأي مرشد خاطر وسامي بك اذ لا نفاط في الحى الناجمة من الخموش ويسير الضنك باربعة ادوار لا تتبدل ابداً في ضنك البحر المتوسط .

ويختلف الضنك ايضا عن حى تونس البثرية (fièvre boutonneuse) التي وصفها كونساي وكونور سنة ١٩٠٨ وسيلوم سنة ١٩٠٩ . وتمتاز هذه بنفاطها الذي يبدو كمقد مبذورة مشابهة لمحص مدور والحطاطات حمائية منتشرة . وهي حى سليمة جداً وليست استيلائية . وقد جرب ترابو ان يميز الحى البثرية عن حى مارسلية النمشية التي وصفها بونه واولر مستنداً الى بعض اعراض سريرية والى توزعها الجغرافي .

وكان يعد ملينجر حى تونس في زمرة الضنك . ويظهر ان هذا التقارب لا يستطاع قبوله ما زال العامل المرضي مجهولاً لان برمية كوفي لم تشاهد . وليست الملاحظات السريرية التي ابانها ترابو كافية لان حى تونس البثرية لا تشبه الضنك الذي وصفه هو وزملاؤه ويجوز ان يشبه بعض اشكال ضنك البلاد الحارة المسدقة وهي نادرة . ويجب ان تعد هذه الآفات الثلاث الضنك والحى البثرية وريض (حى نمشية) مرسيليا مستقلاً بعضها عن بعض في الوقت الحاضر .

اما فيما يختص بضمك البحر المتوسط وضموك البلاد الحارة فليس الامر كذلك فربما كان لهما عاملان مريضان مختلفان الامر الذي لا تستطاع معرفته الا بالابحاث الحيوية فان بريتي داء المصع (pian) والزهري تكاد ان تكونان متشابهتين

مع ان الافات المحدثه بهما ليست واحدة وان تشابهت وقد يكون الامر كذلك في الضنوك وهذا ما يحمل استنتاجات ترايومحة اذيقول ان «ضنوك البلاد الحارة لا تهجر موطنها كما يفعل ضنك البحر الايض . فهل ضنك البحر الايض ياترى مرض نفاطي ؟ . لم يشاهد اورمي في مرضاه الصينيين النفاط مطلقا ولم يره روبر ايضا في مرضاه في بلاد السيام . ويعتقد روجرس وبروشه وفاسال في تونكن ان النفاط المذكور ناجم من العرق . وهذا ما بين لنا السبب الذي دعا روجرس وغرال الى تسمية هذه الضنوك الضنوك الكاذبة او الموهمة .

وقد ادخل ذلك الشك فينا عن هوية ضنك البحر الايض وضنوك البلاد الحارة .

وبصعب علينا بان نعتقد بان ضنك البحر الايض يضع نفاطه متى عبر الاوقيانوس . وهذا الشك يخامر نفوس زملائنا « ان ما شوهد هذا العام يدعو الى مثل هذه الاستنتاجات غير انه لا يقرب عن باننا ان المرض الفردي يتصف بصفات شديدة متى بدا بشكل وافدة ويتعد عن وصفه المعتاد لتأثير العوامل الاقليمية والجغرافية فيه . وقد لا يتعد ضنك البحر المتوسط الذي شوهد في هاتين السنتين عن ضنوك البلاد الحارة الا لأنه استولى بشكل وافدة كما ان التهاب النخاع والتهاب السحايا الدماغى الشوكى في حالات الراقدة لا يشبهان التهاب النخاع والتهاب السحايا الفرديين .

ان هذه المظاهر السريرية تميز الجدل ولكنها لا تميز البت بصورة حاسمة . واعتقد ريثا يدي المستقبل خلاف اعتقادي ان ضنك البحر المتوسط هو شكل استيلائي لضىنك البلاد الحارة الفردي .

وأما فيما يتعلق باستيلاء المرض فقد اتم بلن مدير مؤسسة باستور في ايتنا وكامنيوبروس تقصياتهما عن دور البعوض فهما يتفان انتقاله بالخنوش ويميزان حتى الايام الثلاثة عن الضنك تمييزاً قاطعاً .

ولعل تجارب اخرى متممة تحقق بها السعادين بهذه القوعات المختلفة تبين هذا المسألة لان بلن وكامنيوبروس وج . دوماس ولورانس تمكنوا من احدث اثنان كمين في السعادين بمقنها بدم ذي فوعة يحدث في الانسان مرضاً ظاهراً . وقد ذكرنا في الجزء العاشر من سنة ١٩٢٨ في مجلتي (الطب) والعالم الطبي سنة ١٩٢٩ الجزء ٢٥ تقصيات كلان وبرايدومورن وبورتون ولاجندر وسيل وهيتشنس وماكدونالدوشول الذين اثبتوا ان الطيثار (*stegomia fasciata*) هو العامل الوحيد في نقل المرض .

ونذكر ان غرهام سنة ١٩٠٤ واشنبورت وكراغ سنة ١٩٠٧ اتهموا الجرجس (*Culex*) .

وقد درس هذه القضية مانوسا كيس وساكورافوس وبلن وكامنيوبروس درساً كاملاً واثبتوا ان الطيثار يصادف في اليونان وان بروله شاهده منذ ١٨٣٢ .

وقد ابانوا ان هذا البعوض ينقل الداء واليك استنتاجاتهم ان الطيثار المغذي بدم انسان مصاب بالضنك يصبح عفناً وكذلك الطيثار المأخوذ من غرف كان فيها مضمون و ينقل الطيثار الملوث الداء اذا وخز انساناً بعد انقضاء تسعة ايام على وخزه للشخص المصاب ويبقى البعوض ناقلاً للعدوى مدة مائة وخمسة عشر يوماً . اما الجرجس (كوكلكس) الملوث بدم مرضي مضمون كين . فلا

ينقل المرض بالوخز . ان هذه البيانات مستندة الى تجارب . وهي كافية للافتناع يستتج من ذلك ان الضنك ينتقل بالطيار واذا نام هذا البعوض من البرد قد يستيقظ بعد اربعة او خمسة اشهر ويقتى ملوثاً .

ولا يخفى ان هذه البعوضة ضيفة المنازل وتدخل القاعات النظيفة ومحازن الطعام والمطابخ فيفيض فيها وتستتج الآراء ذاتها من تجارب اندرسون وكولاس وبلكور . المجرة في افرقية الشمالية .

ويعتقد كارهاما تيس مع ذلك ان الخموش قد ينقل ضنكاً مخففاً .

اما من الوجهة السريرية فقد بحث في العام المنصرم . في مجلة (الطب) عن الاعراض وقد خصصت السيدة بانايوتاتو بحثاً اضافياً عن هذا الموضوع واطهرت ان الداء يصيب الاشخاص ايّاً كانت سنهم . وحالاتهم الاجتماعية وان مدة التفرنج من ستة الى سبعة ايام وتبدأ الاضطرابات فجأة فينبأ بتجمع الشخص بعافيته يشعر بآلام قطنية او حول المفاصل وكان يبدأ المرض عام ١٩٢٧ في اثينة باقيا وحصر واتجاه الى القشي ونقاط يظهر في الوجه اولا منذ ايام المرض الاولى . وارتفاع في الحرارة ، واحتقان المنضات وطلوع (exanthèmes) على اغشية الحضم المخاطية . وقد ذكر احتقان الوجه كونسني ودوران واين مومبي وكاموتو . تهيج الاعراض بعد اربعة ايام او ثمانية على الاكثر ثم يظهر النشاط بصفاته الكثيرة الاشكال وبأكلة ولا سيما في الاطفال وقد شوهد فيه رعاف وعصابات او صداع ومغص عضلي مؤلم واضطرابات روحية وكسل الملكات العقلية وضبور وضعف .

ويقول سلمي بك ان دور التفرنج يختلف من يومين الى اربعة ايام ثم

يستولي المرض استيلاءً متزايداً فتتن الملكات العقلية ويبدو صداع شديد جداً وحى حتى الـ ٣٩ وقبض والام مستمرة ولا سيما في الطرفين السفليين . ثم يظهر في اليوم الثاني او الثالث بعد زوال الحى نفاط في الوجه والرقبة والصدر والاطراف بشكل حامي ثلوه توصفات نخالية . وتبدو النفاطات المبرعمة او القربصية في اليومين الخامس او السادس وهذا هو النفاط الياني الثاني . تناسب هذه الاعراض ماسماه بعضهم بداء الضنك البطني ولا تختلف عنها الا بتبدلات بسيطة ويجب ان نذكر ان ساكورافوس لاحظ ان دور التفرج يمتد احياناً الى تسعة أيام وان هناك اشكالاً مسدقة .

الاعراض الثلاثة : قد يحدث هذا المرض احتقانات موضعية (مانوسا كيس وساكورافوس) فينجم من ذلك نفث دم في المسلولين القدماء واقياء دم في المصابين بقرحة معدية قديمة او بقرحة كامنة . وتعودنوب البهرالى الظهور وفوعة هذا المرض تولد الاحتقان وتزيد التوتر وتنبه العصب التائه . الا ان هذا التأثير الداعي الى الاحتقان لا يحدث الا في المصابين بأفات قديمة تحدث النزف . ويستتج من تجارب شانويونيس وسكورد ومياكيس ان هذا المرض لا يؤهل للسلا قليلاً .

العراقل نادرة عدا تأثير المرض في الكظرين وينذ ذلك بانخفاض التوتر وابطاء القلب والتهك . ولا يضعف الضنك الجملة العصبية الا قليلاً . وقد شاهد بابادوبولو وهاجي جورج عفونة الدم وتقيحه الميتين والتهاب اللوزتين وداء الدم والتهاب الكفتين وخراجات حول اللوزتين ولا سيما في بدء النقه وفلغمونات في الاطراف غير ان هذه العراقل تالية وناجبة من ضعف المصابين

وسوء حالتهم العامة سابقاً ويعتقد جوانيدس ان ذلك ناجم من تغيرات
الكثيرات النوى وتناقص قوتها الدفاعية .

وقد شاهد نيقولا يرقانا وتساءل عما اذا كان الضنك حى صفراء خفيفة
وقد أوضح شرومب يارون ان اكثر عراقيل الضنك تشفى وما انزفة الرحم
والاتباه الى الاسقاط على رأيه الا نتيجة طلوع في الاغشية المخاطية العميقة ولا
يتلوه اثنان . وتشفى الاقياء المستعصية التي شاهدها بعضهم بالمصل الغليكويزي .
وليس من هذه العراقيل ما هو خطر الا تأذي نوى المضب الرئوي المعدي فقد
تفضي الى الموت غشياً كما يقع بعد انصدام الناحية الشرسوفية بصدمة عنيفة
لذلك يجب ان يعطى اللقاح لا الديجيتال اذا بدت اضطرابات قلبية :

والضنك على رأيه مرض سليم بعض السلامة ولا يزيد معدل الوفيات فيه عن
٥ - ١٠ في المائة ويجب ان نخشى النكس لان هذا المرض لا يولد مناعة مع ان
مانوسا كيس شاهد ان هنالك مناعة وان مدتها شهران . ويستنتج كير ياغيديس من
ابحائه المخبرية عن عراقيل الضنك الالتهائية ان الضنك يهيء الارض لانتانات قديمة
او حديثة فيهبط عدد الكريات البيضاء فيه من ١٢٠٠٠ الى ٩٠٠٠ و ٧٠٠٠
ويؤدي المرض منها ولا سيما المعتدلة وتنخفض الاشارة الطاهية (index opsonique)
وتنقص طاقة الكريات البيضاء على البلعمة ولا حظ مستساغ ان الضنك يحدث
في الملحاحات (parenchymes) تغيرات متدنية ولا يؤدي المرض الكلية وقد
تجم منه ييلة آحينية حمية . ولا تبدوييلة آحينية مستمرة الا في المصابة كلام .
قديماً . ولم يشاهد خوري في الاشخاص الاصحاء الذين اصابوا بالضنك الا اثرأ
من الاحين وصفراوين البول وييلة فوسفورية وانجباس حامض البول وانخفاض

نسبة الليلة الازوتية .

وقد لوحظ من فحص الدم (كراخ ، ناتان لاريه ، بوسير) ان صيغة الكريات البيضاء لا تبدل بل يزداد عدد وحيدات النوى . غير ان جونيدس قد درس ذلك درساً كاملاً فقال انه لا تبدو تغييرات في الكريات الحمراء بل يزداد عدد الوحيدات النوى وتكتاث نواها في الهويول وتبدل الكثيرات النوى المعتدلة فتبدو فيها فجوات هيولية واتقاض نووية وتمتزج مادة النوى بالهويول اذا كانت الافات اشد من ذلك .

وقد درس اشكال الضئك في الاطفال كثير من المؤلفين ووصف سولون فراي ضئك الرضع يبدأ المرض فجأة بحمى تبلغ الاربعين ويسبق ابتداءه في الغالب دور ابتدائي طويل ثم تعود الحرارة مدة قصيرة ويظهر نفاط ولا سيما قرمزي . وقد لاحظت السيدة باثا يوتاتو حركات شديدة جداً في الاطفال مكان النفاط حين ان يتلوه توسف .

التشخيص : صعب في الغالب حتى في ايام الوافدات . ويلح سوتريو بتمييز المرض عن الحصبة وتراو عن الحصبة والقرمزية والوردية (rubéol) والنزلة الوبغفة والرييض . ولا شك ان احتقان الوجه مدعاة الى الشك . ويمتاز عن البرداء والرثية المفصلية الحادة والنزلة الوافدة بسير كل من هذه الامراض سيراً خاصاً . ويلتبس المرض بالنزلة الوافدة ولا سيما بالاشكال الفردية وقد وقع هذا الالتباس في الجيش عام ١٩١٨ .

اما المعالجة فلم يقل المؤلفون عنها شيئاً جديداً ولا تزال موجهة الى الاعراض فقط ولم يقد الحن بمصل الناقين الا فائدة مؤقتة .

التهاب العظم والنقي

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

لا يكاد يمر بنا يوم الا نرى في العيادة الخارجية ولداً عمره بين ٤ - ١٠ سنوات مصاباً بخراج متموج في احد طرفيه السفليين وقد ساءت حالته العامة . فنشق الخراج بعد ادخاله للمستشفى ونرى ان العظم المعرى من سمحاقه ووردي مدمي او ابيض كامد وغير نام فما هذا سوى التهاب العظم والنقي .

او ان يأتينا يافع بحر احد طرفيه وقد كبر حجمه وتوسر . فاذا جئناهم شعرنا ان ما يغطيه من العضلات قد ضمروا ان العظم قد جنم وخشن واتصل بالنواصير الخارجية وهذا ايضاً التهاب العظم والنقي .

فاذا ما سألنا اهل المريض او المريض نفسه عن كيفية ظهور هذا الداء اجابوا فوراً ان الداء قد بدأ دون ما سبب ظاهر . او ان الاما وحى قد سبقت ببضعة ايام تكون الخراج الذي جاء المريض لاجله وان هذا الخراج قد انبثق فوراً ولم ينضب وهذا ما دعاهم الى استشارة فئاتان الخاتبات تسميان التهاب العظم والنقي الفوري .

واكثر الحوادث التي نراها تقع في النهاية السفلى من الفخذ والعليا في السفلى من الساق وفي معصم اليد وهذا هو التهاب العظم والنقي المجاوز للمباشرة فلنسمه اذن التهاب العظم والنقي الفوري المجاوز للمشاشة في اليافان .

ويعصادف أيضاً التهاب العظم والنقي في الفك السفلي سواء أفي الولد ام في الكهل . ونرى الى جانب هذه التظاهرات التي تطرأ فوراً فئة اخرى من الجرحى القدماء والمكسورين يأتوننا مستشفين من آفات تشابه هذه : خراجات ، نواسير زوائد عظمية تعيجات لا تنضب وهذا أيضاً التهاب العظم والنقي الرضي او الكسري الذي يستقر في جميع نواحي العظم في جسمه او مشاشيته اي حيث وقع الرض او الكسر .

ونرى أيضاً اشخاصاً قد بترت اطرافهم منذ زمن مديد فبقي جذمور البتر موهماً او منوسراً وما هذا سوى التهاب العظم والنقي أيضاً . وجميع هؤلاء المرضى يأتوننا في دور صولة مرضهم او بعد ان تزامن آفتهم وقلما نصادف منهم من يستثيروننا في بدء الآفة .

فما هو التهاب العظم والنقي ياترى ؟ وما حدث في اولئك الاشخاص الذين اصابوا به ؟

التهاب العظم والنقي هو تعفن العظم برمته : نقيه ونسيجه العظمي . ويتحقق هذا الالتهاب في الاولاد وهم في زمن النمو بدخول العوامل المعفنة التي لا تنقطع عن الدوران في البنية ويقع ايضاً في كل زمن من ادوار الحياة متى كان خرج بدخول العوامل المعفنة لمركز الكسر مباشرة . ولكي نفهم الآلية لنبعث في ما طرأ على احد العظام الطويلة التي لم تبلغ حد نموها الاقصى . لان العظام الطويلة اكثر تعرضاً لالتهاب العظم والنقي من القصيرة . ما من مجهل ان عنصرين تشريحيين ينميان العظم طولاً وكثافة وهما غضروف الاتصال والسمحاق .

اما غضروف الاتصال فهو ما يبقى بعد السنة الاولى من الغضروف الشفاف الذي كان يؤلف العظم في الحياة الرحية . ويقع غضروف الاتصال هنا في الزمن الذي نتكلم عنه بين جسم العظم ومشاشتيه وهوشبيه بقرصين لا يتساوى وجهاهما الجسبي والمشاشي بالنشاط . لان الوجه الجسبي اشد نشاطاً وهو المعد لانماء العظم طولاً ، تتولد منه خلايا غضروفية لا تلبث بعد تكلسها وتخصبها بالعظمين (osséine) ان تؤلف النسيج الاسفنجي القتي الذي ينقلب بدوره نسيجاً عظيماً حقيقياً مجتمعاً في نهاية القناة النقية . وجميع هذه التبدلات لا تحدث دون ان يكون الدوران شديداً لان الدم يقوم بتقديم جميع هذه العناصر . والقسم الواقع بين جسم العظم وغضروف الاتصال الذي يمثل النسيج الاسفنجي الجديد التكون قد سماه لانلونغ بصلة العظم .

ولا بد من تذكر هذه الامور الاخرى ايضاً : لكل عظم طويل غضروفا اتصال غير اناحدهما اشد تشعباً من الثاني وهو الغضروف الواقع في المشاشة المحصبة من العظم . والمشاشة المحصبة تقع قرب الركبة وبعيدة عن المرفق فهي اذن طرف عظم الفخذ السفلي وطرف الظنوب العلوي وطرف العضد العلوي والكعبرة السفلي هذا ما نقوله عن غضروف الاتصال . اما السمحاق فهو معد لانماء العظم حسب الكثافة بتوليده طبقات متتابعة حول جسم العظم .

والنقي (moelle) يملأ القناة المستبطنة للعظم او قناة النقي واجواف النسيج الاسفنجي في المشاشة او في الجسم والمشاشة ويتصل بقنيات شبكة هفرس بطبقة النقي الكائنة تحت السمحاق المسماة طبقة اوليه المولدة للعظم فيحق لنا ان نقول ان العظم غائص في النقي .

وتحدث حادثات العظم (ossification) التي تمثل حذاء البصلة ركوداً واحتقاناً مستمراً في نقي هذا الجسم الاسفنجي النقي وتعيد له فريسة للعوامل المرضية التي قد تأتية بالدوران . فيحدث حينئذ التهاب العظم والنقي الفوري او المحاور للمشاشة في المشاشة الحصى وقد يكون التهاب العظم والنقي هذا مضاعفاً اي في مشاشتي العظم معاً كما انه قد يصيب في آن واحد الظنوب والمضد والفخذ في احد اطرافها او في طرفي كل عظم منها . وتبدوالافة ايضا في النقي تحت السمحاق والنقي المركزي وقنوات هفرس والنسيج الغضروفي .

ونتم عن هذا الغزو الآلام حادة في القسم المصاب وحرارة عالية واغراض عامة ويختص تحت السمحاق الذي يتعلم عن نسيج العظم خراج ممتلئ صديداً بعد بضعة ايام . وقد يبتثق السمحاق وينتشر الصديد في النسيج . واذا لم يمت الولد اتي به فشقنا خراجه بسرعة لخراج الصديد .

والعكاز اللذان يميان نمواً مستمراً بسبب نبت الاسنان يشابهان بصفات احتقانها الخلقي بصلّة العظم فهما اذن معرضان كالعظام الطويلة لالتهاب العظم والنقي . ويصادف ايضاً التهاب العظم والنقي في كل عظم فيه نسيج اسفنجي : القزعة الحرقفية والعانة والاخرم والخ .

ولا ينتهي امر التهاب العظم والنقي بشق الخراج لان العظم تحت السمحاق مريض فهو يدوتارة بعد الشق منقطاً بنقط حمراء ودائماً الامر النال على ان الحياة لا تزال فيه اوايض كامداً وغير دام او بعبارة اخرى متخراً ومركز العظم اوقناة النقي مملوءة ايضاً صديداً والاوعية في قنوات هفرس محتقة بالنقي الشديد الاحتقان فيصبح العظم الذي كان غائصاً في النقي غائصاً في الصديد . ولا يلبث

بعد أن حرم التغذية وتفتت طبقاته السطحية والوسطى والعميقة أن يموت بفعل الديدانات وينقلب جسماً اجنبياً أو شظية فتعمل النسيج الحية حينئذ على التخلص منها . والاكوة التي تفرش جدار الحراج تنخر الشظية وتفصلها عن العظم الحي فتعود هذه الشظية متحركة معدة لأن تنبذ .

غير أن السبحاق الذي اقتلع يتفاعل بدوره تفاعلاً شديداً بتوليد طبقات عظم جديد كثيفة تحيط بهذه الشظية وتسحبها وتمنعها عن الخروج وهذا ما يسمى انتباج العظم (hyperostose) .

ولكي يخرج الصديد من تلك البؤرة تولد البنية ثقباً في هذه القشرة العظمية الحديثة التكون كأنها قد جعت جعاً فورياً أو كأنها لوالب الأمن قد أحدثت لتخليص البنية وتصل هذه الثقوب بمجاري تجاز النسيج الرخوة وتفتح على الجلد .

والنواسير لا تنضب لأنها متصلة بالشظية ولأن الشظية لا يستطيع في الغالب خروجها الفوري . وتري هذه الشظية بالرسم الشعاعي فيجب أن يتوسط الجراح لإخراجها ويضع حداً للتفج .

ولكن ما هو سبب هذه الافة ؟ وجد باستور سنة ١٨٨٠ في ذات العظم والنقي المكورة العقودية لفظ جملته الشهيرة : التهاب العظم والنقي هو دمل العظم . وجلة باستور لا تزال صحيحة لأن المكورة العقودية المذهبة والأنواع الأخرى منها تصادف في التهابات العظم والنقي . غير أن الجراثيم الأخرى تحدث أيضاً هذا الالتهاب نذكر منها : المكورات العقدية والرئوية وعصية ابرت وإما أبواب الدخول فهي الأفاث الجلدية : الدملي والحصف وسواهما

والآفات المخاطية بعد الخناق وغيره من الآفات المقرحة .

والعدوى واضحة في الأطفال الذين يعيشون معاً ولهذا كان الاعتناء ببيئة الطفل ونظافته أفضل الوسائط في انقاء هذه الافة .

ويستطاع ظهور ذات العظم والنقي في جميع ادوار النمو والعامل المرضي فيها يأتي بطريق الدم والمرضى الذين نشاهددهم لا يأتوننا كما ذكرنا آنفاً الا في زمن الصولة او الازمان . فعلياً ان نخصص مرضهم ونميزه عن الزهري والسل . ففي الزهري لا نرى اثرأ للحصى والصمغ تسهل معرفته واذا كانت اتباع عظم فلا تتفاعل المفاصل المجاورة فضلاً عن ذلك تتحرى مياهم (stigmata) الزهري ويمرر تفاعل واسرمان .

وفي السل يرشدنا استفسار سوابق المريض وضخامة العقد البلغمية وضور العضلات المبكر الثابت الى معرفة المرض .

وفي الدور المزمن يمكننا الرسم الاشعاعي من جزم التشخيص ، واتباع العظم في ذات العظم والنقي ياتي . ففي سل المشاة لا ترى في الكهوف شظية واضحة بل ينجل انها مملئة سكرأ مبللاً وجسم العظم لا يكشف وجوف القناة يتسع .

وفي الزهري يتألف تكشف جسم العظم من طبقات منضدة كاوراق الكتاب ولعة قناة النقي ضيقة .

ويستطاع وصف ثلاثة نماذج اساسية من التهاب العظم والنقي على الرغم من تنوع التظاهرات التي يظهر بها في بدئه:

١ - يدعي الطبيب في الحالات البسيطة لمعانة ولد مصاب بعوارض عامة

متفاوتة الشدة : حرارة عالية ، نبض سريع ، الام رأس فيشبه بمرض انتاني غير انه يلاحظ ان احداطرافه جامد وان الولد يصرخ اذا ما مس ذلك الطرف .
فعلى الطبيب ان يتذرع بالصبر وان يعاين المريض الصغير بلطف ودقة حتى يهتدي الى نقطة مؤلمة قريبة من احد الغضاريف قريباً من الركبة او بعيداً عن المرفق على الوجه الانسي من العظم او على وجهه الوحشي .

يلفت اومبردان الافكار الى وجود نقطة عظمية اخرى مؤلمة في النقطة المقابلة للنقطة الاولى من العظم . فهذا اللم النافذ من الجانب الواحد الى الاخر مفيد جداً في كشف الاشكال المخففة .

٢ - او يدعى الطبيب لمعينة تفاعل مفصلي ابتدائي سواء اكان التهاباً مفصلياً حقيقياً او تفاعلاً مفصلياً بسيطاً . فتشابه هذه الحالة التهاب مفصل غفني مبتذلاً او رئية والنخ . فيشخص المرض بالطريقة نفسها : لندكر ان الناحية الاشد اصابة هي بصلة العظم في جوار غضروف الاتصال فهذه الناحية هي المؤلمة اذن في التهاب العظم والنقي يبدان الخط المفصلي هو المؤلم في التهابات المفاصل السائرة .

٣ - تتغلب بعض الاعراض العامة فينحرف التشخيص عن جادة الصواب فاما ان يبدو في المريض عرض سحائي واختلاج فيجب ان يفتش حينئذ في الولد عن الحصف او باب دخول آخر او يعتريه تناذر (syndrome) نفي متى كان الولد اكبر فتوصف له المغاطس ولا تتر عليه ٥ - ٦ ايام حتى يموت او تبدو اعراض ذات العظم والنقي الموضعية .

السير : تبدو الوذمة الاساسية بسرعة حذاء النقطة المؤلمة فتنتج الناحية

ويجمر الجلد وتعلو حرارته ولا تتبج العقد البلغمية في جذر الطرف وهذا ما يساعدنا على إهمال الفلغمون والتهاب الاوعية البلغمية (لا تتبج العقد مطلقاً في الدور الفظلي من التهاب العظم والنقي) ويظهر التمزج بعد يومين او ثلاثة ايام ولا ينجوز تأجيل الشق حتى ظهور هذا العرض لان الحالة العامة قد تسوء بسرعة .
غير ان هذا السير النموذجي لا يظهر دائماً واضحا بل نرى اشكالا مخففة جداً واشكالا اخرى فائقة التسميم تقتل المريض بضع ساعات .

المعالجة : تجريب الاستلحاق (vaccinothérapie) جائز ولا سيما متى كان التهاب العظم والنقي في الاولاد لانه يفيد فائده حسنة . واحسن لقاح بر ويدون دلبه (propidon de Delbet) الذي يستعمل حسب الطرز الآتي : يحقن تحت جلد الفخذ بنصف سم وبعد ٤٨ ساعة تعاد الحقنة بسم ويكرر المقدار نفسه بعد ٤٨ ساعة اخرى غير ان الاستلحاق ليس سوى طريقة مساعدة ومفيدة متى بكر في استعمالها ولا ينجوز الاكتفاء بها وتأخير التوسط الجراحي بل يجب بعد ان يشخص المرض ان تفتح البؤرة ويفرغ الصديد لان الاستلحاق لا يفيد اقل فائدة بعد اجتماع الصديد وتكون النضجية . ويجب ان يشق في المكان الاكثر بروزاً وان يفتح السمحاق فتحا واسعا وينظر في حالة العظم المعرى من سمحاقه فانما كان اينض رنانا متى قرع بالمرود وغير دام يجب فتحه واذا كانت الخالة العامة سيئة يجب أيضاً فتح العظم والتجويف واجب ايضاً متى كان قد اكتفى بشق الخراج السعاعي لان العظم الذي بدا تحته كان داميا ولم تسقط الحرارة بعد شق هذا الخراج خلال ٢٤ - ٣٦ ساعة .

ويقتب العظم بالثقب فاذا ظهر الصديد تفتح القناة فتحا واسعا ويمتنع

قصورف الاتصال ويحافظ على السحاق . ومتى كانت المشاشتان مصابتين
وقضت القناة على طول العظم ونظفت جيداً تحشى شاشاً عقيماً فإذا سقطت
الحرارة يترك الضماد ٦ - ٧ أيام . لأنه اذا روعي هذا الشرط كان نزع التضميد
سهلاً ولم ينزف العظم دماً .

ومتى كان التهاب مفصلي في الوقت نفسه يجب خزع المفصل وتخفيضه
وإذا كان العامل المكورات العقدية (سترپتوكوك) كان الانذار خطراً للغاية
وكانت نضحية الطرف واجبة لتخليص الحياة . والتهاب العظم والتقي بالمكورات
العقدية وحده تتبج فيه العقد البلغمية أحياناً . والتهاب العظم بالمكورات الرئوية
(بنامو كوك) يصادف في الرضع وهو كثير الحدوث في الكتف ويستدعي البزل
لأن المكورات الرئوية لا تحدث نواسير . ومتى زالت الحالة الحادة وبقي التقيح
دخل المرض في دور الازمان اي دور الشظايا التي قد تلتقي فوراً غير انها
تستدعي في أكثر الاحيان التوسط الجراحي .

ولا حاجة الى الاسراع في هذا التوسط بل انتظار ٣ - ٤ اشهر واجب
ريثما تنفصل الشظية لانه لا يجوز استخراج شظية قبل ان تصبح متحركة .
والرسم الاشعاعي يرشدنا الى الامر . فتبي رأينا في الرسم ان الشظية قد احاطت
بها منطقة واضحة جزئنا انها اصبحت متحركة واذا توسطنا قبل ذلك عرضنا
للشظية . للانكسار واجرينا عملية ناقصة وربما احدثنا هجمة جديدة من
التهاب العظم والتقي في العظم الحي .

ومتى اجزئي التوسط في الوقت المناسب كان الشفاء محققاً غير انه يستدعي
وقتها طولياً ولكن حذراً من الاعتقاد ان الموضوع في مأمن من كل ارتداد . لانه

بعد عدة شهور او سنوات واثرا سباب شتى تعب او برد او سوى ذلك تظهر بؤر صغيرة بعد ان كانت دفينة في ملء العظم فتكون خراجات ونواسير وشظية جديدة وتستدعي توسطاً جديداً وما ذلك الا لان التهاب العظم والنقي مرض مزمن لا يكاد يشفى ابداً بل انه يتنبه من آن الى اخر ما زال المريض سيفه قد الحياة . وهذا ما لاحظناه ونلاحظه في مرضانا المكسورين الذين يصابون بالتهاب العظم والنقي المسترسل التالي لالتهاب العظم والنقي الحاد . فهم يصابون بالام وخراجات ناكسة ونواسير وشظايا وزوائد عظمية تعيد الدشبذ كبيراً طافحاً عائناً للمفاصل المجاورة عن الحركة متى كان في المشاشة ، وابتاج عظم مغزلي متى كانت البؤرة في جسم العظم او كالمطرقة متى كانت البؤرة عند اتصال الجسم والمشاشة . هذه هي حالة هؤلاء المساكين المقعدين . فالمعالجة الواجبة لهؤلاء المرضى هي المعالجة الواقية نعني بها معالجة جروحهم وكسورهم حين حدوثها طبقاً لقواعد الجراحة الحديثة : تضيير الجروح ونزع الشظايا .

غير ان هذه المهالجة لم تجر لهم في حينها او لم يستطع اجراؤها في الوقت المناسب فتعنتت بؤرة العظم وسار التعفن متبعاً خطوط الكسر ولم يعد محلول دكان قادراً على الوصول اليه واستفحل حتى انه هدد الحياة بالخطر وقضى بين الطرفين او ان دفاع البنية تمكن من حصره فانفصلت الشظايا المتقلعة وبقي التقيح غزيراً . فنتى تهررت الشظايا وجب استخراجها ومتى لم تكن شظايا مرئية وبقي التقيح بعد نزع الشظية الظاهرة ولم يكن الجرح يتأمل للشفاء وجب بعد انتظار ٣ - ٤ اشهر تجويف العظم بمحوقاة النقي بالازميل والمطرقة وهذه العملية طويلة مزعجة وقد تكون خطرة متى كانت الاعصاب والاوعية والمفصل

قرية من المكان الذي يجرى به هذا العمل الجراحي .
والنقي المتعفن يتشعب ايضاً حذاء جذمور البتر ويلتهم الاقسام العظمية
المجاورة محدثاً فيها التهاباً خلائياً فتتجم منها شظايا شبيهة بالابر او بالصفائح او
بالحلقة التي تكون حافتها السفلى ملساء ومسواة جيداً لانها منشورة بالمنشار
وحافتها العليا المخربة بعامل التنخر مسننة ولا تلبث ان تنبذ فوراً او ان تستدعي
توسط الجراح .

وصفوة القول ان التهاب العظم والنقي العفن الحاد مرض خطر وقد يكون
مميّتاً فهو يشوه الاطراف ويقعد المريض ولا يكاد يشفى ابدآ . واذا
اجريت عملية حسنة وسار المرض سيراً حسناً الى الشفاء فلا يجوز الاعتقاد
بان الشفاء قد تم .



معالجة زيادة التوتر الشرياني

الدكتور فيتال لاسانس (Vital Lassurance)

ترجمها الدكتور محمد محرم

ان تعداد الاسلحة التي يسلمح فن المداواة الطيب بها في معالجة زيادة التوتر الشرياني تعداد لا طائل تحته وليس وراءه الا خيبة الامل ، لذلك ينبغي ان المسائل الثلاث الاتية معالجة دقيقة تماشى مع اكثر الحالات السريرية التي نراها في المصابين بزيادة التوتر الشرياني :

- ١ - ماهي قيمة عرض زيادة التوتر ؟
- ٢ - ماهي آلية حصوله التي يجب ان نوجه اليها المعالجة ؟
- ٣ - من اي مرض تنشأ زيادة التوتر وكيف يجب ان يعالج هذا المرض ؟

بعد التدقيق في هذه المسائل الثلاث لا يبقى لنا سوى ان نعدد الامتطابات العامة التي يجب ان يرجع اليها الاشخاص المصابون بزيادة التوتر الشرياني الذين يستطيعون دوماً ان يستفيدوا من انتهاز الطرائق الواقية :

معالجة الاعراض « traitement symptomatique »

متى حلت الصدفة او بعض الاعراض الطيب على تحري زيادة التوتر كان عليه ان يعلم انه لم يكتشف سوى عرض من الاعراض وانه من المتحتم عليه ان يقوم باعمال اخرى ليعرف جيداً حالة مريضه وليكشف الـلائل الهامة التي ترشده الى معرفة سبب تلك الزيادة ، فزيادة التوتر كازدياد الحرارة ليس سوى

عرض من الاعراض ، وكما انه يسمح بخفض الحرارة بالعلاجات المضادة للحمى في حالات الخلى يسمح ايضا بخفض توتر دموي شديد مع مراعاة الشروط الضرورية لبقاء الدوران منتظماً ذا كرين دائماً الاخطار التي تنتج من خفض التوتر الدموي ولا سيما زوال التوازن الدوراني .

وزيادة التوتر يجب ان تسترعي انظارنا في اشكالها الاحتدادية المهددة وفي الحالات التي يصاب فيها المريض بوعكات متوالية . ففي احوال كهذه لدينا واسطتان تندرع بهما : احدهما العلاجات الخافضة للتوتر والثانية المعالجة بالفصد
١- الادوية الخافضة للتوتر :

كثيرة هي العلاجات الخافضة للتوتر التي ذاع صيتها ثم انتسبت الواحدة تلو الأخرى ، ولكنه من الموء كد انه ما من واحد منها يقوى على خفض التوتر التزموي الى حدة الطبيعي ، والمفيد من هذه العلاجات هو ما يوسم الاوعية بتخفيفه لتسحبها ، ولا ننس ان تكرر انخفاض التوتر بالعلاجات الخافضة للتوتر يسبب تمسناً عظيماً في الدوران الحشوي ويخفف من وطأة الوعكات المتكررة التي يصاب المريض بها .

والعلاجات الخافضة للتوتر الشائعة الآن هي مركبات النترية (nitrites) . ولا سيما نترية الصوده التي لا محذور من اعطائها زمناً طويلاً في مشروب زيتة الأستاذ فاكينز (Vaquez) وتركيبه :

نترية الصوده	٢ غم
شراپ السكر	٦٠ «
كحولات الليدون الحامض	٦٠ «
ماء مقطر	٣٠٠ «

يأخذ المريض منه ملعقتين كبيرتين او ثلاث ملاعق كبيرة
ويعطى لو بري (Laubry) مقدار قذح صغير صباحاً ومثله مساءً من
العلاج الاتي:

روح النثر الحلو (esprit de nitre doux) ١٥ غم

ليمونية (limonade citrique) ٥٠٠ «

ويعطى ايضا من تري نيترين على الرغم من تأثيره الشديد خمس قطرات
الى خمس عشرة قطرة في اليوم او ملعقتين او ثلاث ملاعق من المشروب الاتي:

محلول تري نيترين المشوي ٥٠ قطرة

شراب السكر ٣٠ غم

ماء مقطر ١٠٠ «

يؤثر تري نيترين تأثيراً جيداً سريعاً ولا سيما في الحالات التي ترافقها
نوب وعائية ونوب خناقية ودوار وغشي دماغي مما سبب تفضيله في كثير من
الاحوال على نيتريه الاميل التي لا يستطيع تحملها دائماً بسهولة .

وقبل ان ننهي كلامنا عن مركبات النتريه لا بد لنا من القول ان طريقة
حقن تحت الجلد بنتريه الصوده وهي طريقة لا تزال دائمة في البلدان الاجنبية
لا تفضل بشيء بقية الطرائق التي تعطى بها مركبات النيتريه .

والايفون من جملة العلاجات الخافضة للتوتر التي لا يشك في تأثيرها وكان
يوصي تروب (Traub) باعطائه مع الديجيتال . وحقن المورفين تعد من احسن
العلاجات المضادة لزيادة التوتر الا انه بعد بال (Pal) قد ذاع استعمال حبوب
كلوريدراة البابافهرين (٥ - ٦ حبات يوميا في كل منها خمسة مستغم) لانها
تمنع المهجمات الحادة في زيادة التوتر وتسكن ما يحدث عنها من الالام .

• ولا مانع من استعمال جاواة البنزيل (benzoate de benzyle) وهي مادة شبيهة بالباقفارين من الوجهة الكيماوية جرعتها عشرون قطرة ثلاث اواربع مرات في اليوم وقد ثبت حسن فعلها في ازالة الالوجاع امام القلب .

وصواناة الصودا (silicate de soude) والسيليسود (silisode) اللتان امتدحهما اوليفيه وشفلر ولاسان (Ollivier , Scheffler , Lecène) وغيرهم في معالجة تصلب الشرايين توءثران تأثيراً حسناً في تسكين التشوشات الوظيفية التي يشكوها المرضى الزائد توترهم .

اما ليموناة الصوده (citrate de soude) فانها توءثر بالخاصة في لزوجة الدم
ب — المعالجة بالفصد (médication déplétive) :

لا تستطيع هذه المعالجة — مع انها تنقص كمية الدم — ان تخفض التوتر لانها توءثر تأثيراً موقتا ولو اجريت بحزم وشدة ، ولكن المسهلات المعطاة بهذا القصد توءثر تأثيراً حسناً . فالمعالجة بالفصد بعد ان ذاعت كثيراً ثم ظلت منسية زمناً طويلاً عادت الى الظهور ، الا انه يجب ان لا يعتمد عليها كثيراً لانها لا تخفض التوتر مدة طويلة .

يسمح بفصد المريض مرة في كل شهر اما بطريق الوريد او بالحجامة الدموية على الا يتجاوز مقدار الدم المستخرج في كل مرة ١٠٠ غرام او ١٥٠ غراما . ولا يخلو هذا الفصد من تأثير حسن اذ تنظم على اثره وظيفة القلب والكليتين وتزول الوجاع الرأس وعسر التنفس والنعاس المنبثقة من تشوش جهاز الدوران .

والفصد بصون الدمويين من وهن البطنين الايسر وقصور الكلية الحاد

ولكن حذار من استخراج مقدار كبير من الدم ، فقد روى فنسن (Vincent) انه قد ينشأ منه فالج لا تشفى وغشي في القلب ولا سيما في المصابين بتصلب الشرايين .

وما يقال في القصد يقال في المسهلات ايضا : فالمسهلات الشديدة التي تفرغ الامعاء لا تخلو على الاغلب من خطر ولا تجنى منها فائدة مباشرة ، ولكن المليينات المعطاة من حين الى اخر تؤثر اعتنافا في الجملة العصبية النباتية وقصدآ في الامعاء وتنظم وظائفها وتستطاع نسبة التأثيرات الحسنة المجتاة من الاستلقاء (vaccinothérapie) الى هذين السبين لا الى غيرهما في بعض المرضى الزائد توتر شرايينهم والمصابين بالتهاب الاعور والكلون المستعصي .

وللمعالجة العرضية استطبابات حمة في ازدياد التوتر متى قعدت المعاوضة ففي الحالات التي تشاهد فيها تشوشات حشوية ناجمة من دوران حشوي سيء يسعى الى اراحة الاحشاء وجعلها خاضعة لحمة خاصة ومعالجتها بالعلاجات المناسبة ومكافحة الاعراض القلبية بادوية مقوية للقلب كالكونفالا ربا والكراتفوس (crategus) والستروفانتوس .

ولا يخفى ان الادوية المبولة (المدرة للبول) تفيد افادة كبيرة في الدور الذي لا تعاوض فيه ولا سيما الثيوبرومين منها فانه يزيل التشوشات الوظيفية ويؤخر النتائج السيئة التي تنتج من قصور الكليتين ، يعطى منه غرام او غرام ونصفه مع مقدار من فوسفات الصوده . وفي القواصل التي لا يعطى هذا العلاج فيها يستعاض عنه بالعنصل (scille) الذي هو من خيرة الادوية المفردة للبوالة (urée) وتمطى العلاجات المشتقة من الثيوبرومين في الحاصلات التي لا يكون

الثيوبرومين نفسه محتملا فيها . وفي المرضى المصابين بزيادة التوتر التي يرافقها نهك (asthénie) أو تقي (irritabilité) أو ارق (insomnie) فان العلاجات المسكنة للمجموع العصبي ومركبات الفوسفور تؤثر التأثير المطلوب . اما العوارض الحشوية الشديدة فتتطلب معالجة اشد وليس في اعطاء مركبات الديجيتال اقل محذور في الحالات التي يرافق فيها قصور القلب هذه العوارض وتتبع في ذلك الطريقة الآتية :

يلازم المريض فراشه خمسة اياماً اخذ في اليوم الاول منها مسهلاً وفي اليوم الثاني والثالث خمس قطرات من محلول الديجيتالين الألفي المبلور وفي اليوم الرابع والخامس عشر قطرات فقط ويطلب الى المريض اثناء هذه المعالجة ان يقلل من طعامه ما امكن و ينبغي ان تكرر هذه المعالجة من آن الى اخر بفواصل مناسبة للتحسن الذي ينشأ منها ويفضل اعطاء الوابائين (ouabaine) في الحالات التي يكون فيها نظم القلب بطيئاً وقد كان من اعطاء الوابائين مع الديجيتالين نتائج مفيدة ولا سيما في الحالات التي يرافقها اسراع القلب وتشوش نظمه . ولا نرى حاجة الى التذكير بان النوب الحناقية ووضمة الرئة الحادة تتطلبان معالجة سريعة .

المعالجة الامراضية (traitement pathogénique) :

على الرغم من بقاء الاسباب المحدثة لزيادة التوتر بمجهولة حتى الان يشاهد ان هذه الزيادة تنشأ من حالتين :
اما من فرط تبه الجهاز المحرك للاوعية او من آفة تصيب جهاز الدوران
وتعرقل بتخفشها عمل الجهاز الناظم لاتساع الاوعية .

فلمكافحة فرط تبه الجملة المحركة للاوعية لدينا ثلاثة علاجات نوجهها الى العناصر الثلاثة التي تتألف منها هذه الجملة وهي العصب التامبي الودي وغدد الافراز الداخلي والحالة الخلطية وهذه العلاجات ليست الا علاجات مسكنة كالافيون والبابافرين . واما الافاح (belladone) والاتروين فيجب ان يعطيا في الحالات التي يكون فيها نشاط التائه (vagotonie) مستمراً ويستفاد احياناً من العلاجات الآتية كالغردنال (gardénal) ومشتقاته ويستفاد ايضا من الادوية المضادة للتشنج كصبغة الزعرور (teint de cratægus) وصبغة البلوت (ballote) وحشيشة الوسام (passiflore) وصبغة الجزاميوم (gelsemium) وصبغة الثوم وحشيشة المرة (valériane) الخ .

اما المعالجة بالاستعضاء (opothérapie) فلا تزال في مهدها غير ان المعالجة بالاستعضاء المبيضي (opothérapie ovarienne) تفيد فائدة جليلة للتأثير الذي يعمله نورها الجرابي (hormone folliculaire) في زيادة التوتر الناجمة من انقطاع الطمث الطبيعي او من انقطاع الطمث الحاصل على اثر توسط ما . ويعطى من خلاصة المبيض (٤٠ - ٥٠) ستغراماً في اليوم ويثابر عليها ١٥ - ٢٠ يوماً . في الشهر وهي تعطى في خب او برشان ويفضل ان تعطى بمقن تحت الجلد بها . وبوصي ل . لافي (L. Lévy) باعطاء هذه الخلاصة مع مقادير قليلة من خلاصة الغدة الدرقية لان هذه الخلاصة تؤثر تأثيراً جيداً ولا سيما في المرضى المتوذين والزائد توترهم .

ولاحظ الامير كيون ان ازدياد التوتر يتحسن تحسناً عظيماً بالانسولين (insuline) وقد روى لوبري (Laubry) حادثة زالت نوبها الاحتدادية على

اثر معالجة الكظرين بالاستشعاع (radiothérapie) .

اما الحالة الخلطية (état humoral) التي يراد القاء نبتة زيادة التوتر عليها فلا نملك سلاحاً ما لمعالجتها واذا استثنينا الحمية التي تمنع تكون السموم بقي لدينا علاجان هاما هما التأثير المطلوب في تعديل حالة الاخلط الكيماوية وهما صواناة الصوده وكلو رور الكلس . وقد اصر كيلن (Kylin) على فوائد هذا العلاج الاخير الذي يعطيه بمقدار غرام الى غرامين مع الاترويين في كل يوم مستفيداً من ايون (ion) الكلس الناظم لاعمال الاعصاب النائمة الودية .

ومتي كانت زيادة التوتر ناجمة من آفة وعائية كالتهاب الوتين (aortite) او التهاب الشرايين والاوعية الشعرية الكلوية او المنتشرة ، يوءثر الايود التأثير المنتظر عدا المعالجة السببية . ولئن كانت الطريقة التي يوءثر بها الايود لا تزال بمجولة فانه في كل حال يوءثر مباشرة في جدران الشرايين ، وتغطي منه صبغته المستحضرة حديثاً من قطرة الى ٢٠٠ قطرة مع مقدار من الماء . والليبودول (lipiodol) المعطى حقناً في العضلات يوءثر تأثيراً جيداً لبقاء تأثيره زمناً طويلاً ولتخصيبيه البنية ويوصي فاكيز (Vaquez) باستعمال ٢٠ قطرة من محلول ايودور الصوديوم في مقدار من الماء المحلى بالسكر واعطائها للمرضى في كل يوم . وللانسولين فائدة في معالجة التهاب الشريان ، فقد شوهنت حوادث كانت فيها زيادة التوتر ناجمة من التهاب في الشريان وتكلت بشيء من النجاح حين معالجتها بالانسولين .

المعالجة السببية :

اذ علمنا تأثير ضياع الموازنة البنائية وتأثير الآفة الوعائية في احداث زيادة

التوتر بقي علينا ان نتحرى ايها السبب الرئيس لنبدأ بمعالجته ، ولا ينبغي ان نتمتع على المعالجة السببية لحفض زيادة التوتر ، الا انها في بعض الاوقات قد توقف زيادة التوتر او تؤخر تقدمها واستفحالها على الاقل .

اما اذا كانت زيادة التوتر ناشئة من تقدم السن او من الوراثة فان حمية وافية يعمل بها المريض زمنا طويلا يمكن ان تؤخر وحدها . اما اذا كانت زيادة التوتر ناجمة من الداء السكري او الرثية او النقرس فالحمية والمعالجة الخاصة كفيلتان باعطاء نتائج حسنة جداً اذ ينخفض التوتر كلما نقص مقدار السكر من الدم والبول .

ويمكن في بعض الاوقات حمل زيادة التوتر على تسمم مزمن كالتمسم بالاسرب والكحول ولهذين السببين معالجة خاصة بهما . ويمكن ايضاً حمل زيادة التوتر على مجامع انتانية . والالتهابات المزمنة ، والتقيحات المدبدة التي تؤثر في جدران الاوعية ولا سيما اوعية الكلية الشعرية ، تؤثر ايضاً وبصورة مقصودة في الجملة العصية النباتية وتسبب زيادة في التوتر : فقد شوهدت حادثة نقص فيها التوتر على اثر شفاء التهاب زائدة مزمن او التهاب المرارة المزمن او يسلة قحجية (pyurie) .

والزهري (syphilis) تأثير لا ينكر في احداث زيادة التوتر بتخريه لجدران الاوعية وقد اتفق المؤلفون على نسبة زيادة التوتر الى الزهري كلما كانت مبكرة ولكن الاحصاءات في هذا الشأن لا توافق بعضها البعض الاخر : فمنها ما ينسب زيادة التوتر الى الزهري بمعدل ٣٠ ٪ / بينما بعضها ينسبها اليه بنسبة ٧٨ ٪ / . ويستحسن تحري الزهري في كل حال لانه متى كانت زيادة التوتر مسببة منه

سهلت المعالجة وكانت النتائج حسنة على ان يثار عليها طويلاً . وفي مزج العلاجات المضادة للزهري كالزئبق والبزموث والزرنيخ والايود فائدة ونفع ولا خير في هذه العلاجات اذا لم تعط منها مقادير كافية ، وفي بعض الاوقات لا تظهر نتائجها الا بعد مضي بضعة اشهر فلذلك يجب على الطبيب ان يكون يقظاً حاسباً لهذا الامر حسابه وعليه الا يثار على معالجة لم تحدث بدلاً يذكر في حالة المريض بعد مزاولتها عدة شهور .

الاستطبائات العامة :

لا يخلو ذكر بعض القواعد التي يترتب على المرضى المصابين بزيادة التوتر اتباعها من فائدة لانها تؤخر ظهور العوارض الخطرة وتؤثر في الاسباب العامة الموجبة لزيادة التوتر وتخفف من وطأة الوعكات .

النظام الغذائي :

ان الامتناع عن تناول الملح والمواد الاحية (الزلايلة) والاكتفاء بأكل الخضر والحليب لا يؤثران في تبديل زيادة التوتر بل انقاص مقدار الطعام احتياط لا بد منه لانه يؤثر تأثيراً حسناً في الكليتين والقلب المهتدين بزيادة التوتر ، واوقات الطعام يجب ان تكون منظمة ولا يجوز ان تتجاوز كمية المشروب المتناول (١٥٠٠) غرام ، والاطعمة يجب ان تكون غضة ولا يسمح للمريض بأكل اللحم الا مرة واحدة في اليوم ولا بأس في العودة الى الحمية من حين الى آخر .

نظام المعيشة :

حياة المريض الزائد توتره يجب ان تكون منظمة ما امكن وعليه ان يتمتع

عن كل ما يسبب التعب والاعياء ، وان يتزده لان التزهة ضرورية من حين الى آخر ، فاذا لازم الفراش ينبغي الا يطيل ملازمته له لان ذلك يؤثر في معنوياته وعلى الطبيب ان يسكن اضطرابه من حين الى اخر وان يخفي عنه درجة توتره وان يفهمه ان المرضى الذين يزيد توترهم الشرياني عن الحد الاعتيادي كثيرون وهم لا يصابون بعوارض تدعو الى الخوف .

والمعالجة بالمياه المعدنية تأثير يذكر في انقاص التوتر : فاذا تمكنا من خفض التوتر بعد هذه المعالجة بالمياه المعدنية نكون قد قمنا بعمل نستحق ان ننهي به انفسنا ، واذا تمكنا بمعالجة مائية لطيفة مسكنة ان نخفف من شدة وعكات المريض وشدة نشاط جملته النباتية المسببة لزيادة التوتر فانا نكون قد توصلنا الى شيء افيد واحسن بكثير .

تخفيف وعكات المريض ، واحداث انقشاش عصبي نباتي (détente neuro- végétative) في جملته الودية هذا كل ما نسعى اليه في حممتنا (Bains - les - Bains) التي تؤثر مياهاها المشتملة على الصواناة تأثيراً حسناً في الحالة الخلطية وفي منع ظهور الافات التوصيلية التي تكون في اغلب الاوقات هائلة رابعة .



الصداعات (خلاصة مؤتمر بوردو)

« ٩ »

للدكتور أنتاس شاهين

رئيس سريريّات امراض الاذن والانف والحنجرة

الصداعات الناشئة من اسباب انفية :

ان افات الانف تسبب الصداع بطرق شتى فاما ان تؤثر في النهايات العصبية كما هي الحال في الافات المتصفة بضخامة النخامة كالتهاب الانف الضخامي واورام المنخرين الخبيثة والمرجلات (polypes) وزهري الويرة وعظام الانف الخاصة والتهاب الغربال وسرطان الجيب الفكي حيث يحيط الورم الخبيث بالعصب الفكي العلوي ويضغطه والتهاب هذا العصب بعدمداوة الورم بالاراد يوم واما ان لا تنتج الصداعات من اسباب مؤثرة تأثيراً مقصوداً في النهايات العصبية او الجنوع نفسها بل تنجم من تشعع الالم الموضعي الى نواح بعيدة او من انعكاس ينعكس تأثيره على الاماكن المحيطة بالاغفة المسببة او القرية منها او البعيدة عنها . وقبل ان نصف اسباب هذه الالام المعتنفة علينا ان نذكر هذا المبدأ الاساسي وهو ان هذه الصداعات لا تأتي من سبب واحد مستقل لان الياف العصبيين المثلث التوائم والودي تتلاقى وتتفاغر وترتبط ارتباطاً وثيقاً وتجتاز هذه الاعصاب والاوعية المغذية قبل دخولها للاغشية المخاطية الكثيرة الاجواف والتاعظة قنوات ومضابقي عظمية قد يتغير شكلها ولحمها في بعض الحالات

فضغط الالياف المارة فيها فلهذه الاسباب الكثيرة يصعب جداً ان يتوحد السبب
المحدث لهذه الصداعات .

ولكننا نجد على الرغم من اشتراكات الالياف العصبية ان زكام الانف والتهاب
الجيب الجبهى وحدهما يسببان صداعاً يأتى نوباً متقطعةً وسببه في التهاب الجيب
الجبهى ضيق القمع فلا تجد حينئذ مفرزات الجيب سيلاً للخروج منه فضغط
النهايات العصبية المنتشرة على جدره . وهكذا القول في الصداع الناشئة من
التهاب الجيب الوتدي فهذه الالام جميعها ناشئة من فعل منعكس موضعي قد
ينتشر على مسير جذع عصبي كالعصب الفكي العلوي وقد يصل الى المراكز
العصبية نفسها .

اما الانعكاسات الالية التي لا تصيب منطقة عصبية محدودة بل تتجاوزها
الى مناطق شتى فتدعو الى الظن بانها ذات منشأ ودي وكثيراً ما تكون الالام
الوجية ناشئة من انضغاط الالياف الودية عند اجتيازها للصماخ الضيق وتزول
بتوسيع هذه الفوهة او نافذة للجيب الوتدي عندما يكون السبب وتدياً .

ونجد متى احدثت الانعكاسات الودية اختلالاً في الدوران الدماغى طرأ
جديداً في حدوث الصداع كثير التعقيد وصفه بوبي (Poppi) في نظريته
التخامية عن الاختلالات في التاميات نظيرة الغدة ويمكننا جعله في مصاف
الاختلالات التامية الودية (vago-sympathique) .

فشفاء هذا الشكل الاخير من الصداع الانفي الدماغى - متى كان الاختلال
الودي انفيّاً محضاً اي متى كان بانعكاسه على الدماغ لم ينتج فيه افة اساسية - يتم
بازالة السبب الانفي .

غير ان ازالة السبب قد لا تكفي بل يضطر الطبيب الى مداواة الاختلالات الدماغية الباقية التي تساعد على حصولها مزاج المريض العصبي .
واننا نرى بعد ان سردنا هذه الاسباب مجملة ان تصنيف الصداغات الانفية امر يكاد يكون مستحيلا وهنا ما يحدونا الى اتباع اسهل الطرق واوضحها في الكلام عنها فنصف اولاً زكام الانف والتهاب الجيوب الامامية ثم نتقل الى مناشيء الصداغ الاكثر غموضاً لالتهاب الجيوب الخلفية ونعالج بعدئذ قضية لم يزل اكثرها في عالم النظريات تاركين للمستقبل الحكم في اي النظريات اقرب الى الحقيقة .

زكام الانف الحاد (coryza aigu) . — كل يعلم ما يشعر به المرء من الانزعاج حينما يصاب بزكام حاد وليس الصداغ الذي يرافق هذه الهجمة الحادة بالم يستطاع تحديده في نقطة معينة بل هو الم متعمم او عبارة اصح ثقل في الرأس يشعر المريض به كأن جبهته مثقلة بكتلة من الرصاص ويستصعب كل عمل يستدعي حني الرأس الى الامام كالقراءة والكتابة والخياطة . وتمام القوى العقلية بدورها فيشعر المريض كأنه محاط بغمامة مظلمة .

وما سبب هذا الشعور الا انسداد الانف المسبب من اختلال وعائي حركي (vaso - motrice) وقد كتب تارنايو بضعة اسطر عن زكام الانف الحاد مثبتاً ان سببه هو اختلال وعائي عصبي ناتج من البرد . واننا نقتطف منها الجزء الذي يصف به المؤلف رأيه : « يستدعي الشعور بالبرد التمارن لإزدياد الدم في الحفرتين الانفيتين لمكافحة البرد . وهذا الامر طبيعي في من اعتاد تحمل البرد وعرض نفسه تدريجياً لتأثيره فجعل الموازنة بين الفعل المنعكس الوعائي العصبي الانفي

والهواء البارد محفوظة . ولكن متى تعرض شخص للزهرير ولم يكن قد اعد
العدة لتحمله حدث اختلال غريزي كياوي في ذرات النسيج وعسر شديد في
العمل الوعالي العصبي الانفي « اه

فاذا سبب عسر الدوران بدلاً في الدوران الشعري احدث هذا التبديل
بدوره نقصاً في كمية المخاط الانفي المفرز واختلالاً في تركيبه مضعفا خاصته القاتلة
للعوامل المرضية فتكثر هذه العناصر الاخيرة وتستولي على مخاط الحفرتين الانفيتين
ثم تنفذ منها المخاط الجيوب وتكون النتيجة الصداع الذي لا يكون مسبباً من إصابة
الجيوب واحتباس المخاط فيها فقط بل من انسداد الحفرتين الانفيتين نفسها
فانسداد الانف لا يكون دائماً نتيجة الزكام الحاد بل هو عرض مشترك
تحدثه اسباب عديدة .

ان اسباب الصداع المرضية هي اكثر من ان تعد وانما نهمل اكثرها ولا
نأتي الا على ذكر الاسباب الاساسية .

فالتهاب الانف الحاد او المزمن والتهاب الانف الضخامي والقرينات
الكبيرة المحتقنة واورام المنخرين او الجيوب وسل الانف وزهره ومرجلاته هي
جميعها امراض محدثة للصداع .

وما الصداع فيها سوى عرض من مجموعة اعراض ظاهرة تسهل معرفة
السبب الاول . واذا غمض تشخيص الداء المسبب لنموض بعض الاعراض جلا
فحص الحفرتين الانفيتين فحصاً دقيقاً هذا النموض فسهل جداً شفاء الصداع
وبقية الاعراض المرافقة بمداواة الداء المسبب .

وانسداد الانف العادي في الاطفال الناجم من التامبات نظيرة الغدة قد

يكون منشأ للصداع والاختلالات العقلية كفقْدان التناكُرة وصعوبة ادراك الاشياء الجديدة وفهمها وضعف الانتباه الخ . وهي اختلالات بينها بجلاء مير (Meyer) من كوبنهاغ منذ سنة ١٨٧٠ . وقد اتى المؤلفون على ذكر نظريات كثيرة لتفسير علاقة انسداد الانف في الاطفال بهذه الاختلالات النفسية الحسية ويكفيْنا ذكر نظرية بوبي (Poppi) وهي احدث هذه النظريات : ان التجويف (cavum) يتصل بالغدة النخامية بقناة تدعى القناة القحفية البلعومية التي تتضمن بعض اجزاء من الغدة النخامية وتسمى الغدة النخامية البلعومية . وتحيط بهذه الاقسام النخامية شبكة وريدية غزيرة .

فكل ما يعوق الدوران البلعومي يؤثر بواسطة هذه الشبكة الوعائية ووعية الغدة النخامية نفسها في الدوران الدماغي . وتكون هذه الاختلالات المذكورة آتفا من نتائجها الظاهرة .

والسبب الاكثر حدوثا في الاختلالات الحسية الانفية المنشأ هو انضغاط الالياف العصبية في الفوهات والمضائق العظمية او التهاب هذه الالياف العصبية ويسهل جداً فهم الطريقة التي تحصل فيها هذه الاختلالات الحسية اثر رضوض الانف وكسوره . وعلى العكس فان تعليل النوب الالمية متى اصيب الانف بالسل او بداء الافرنج صعب جداً ولا يزال قيد البحث والجدل .

والورم السلي (tuberculome) بضغطة النهايات العصبية في انف ضيق قد يسبب آلاما شديدة وقرحة الوتيرة بتمريرتها للعظم (وهذا امر نادر) تحدث النتيجة ذاتها لانها تلهب العصب فتبدو الالام الشديدة المستعصية ويكفي في تشخيص سببها فحص الانف البسيط . وداء الافرنج الانفي يوقظ صداعا

مستعصياً حول الرقبين يزداد لاقلاً فخط يصيب عظام الانف الخاصة .
 ففحص باطن الانف يدي ورما افرنجيا منتشرأ جاعلاً من الوتيرة
 والقرين المتوسط وقمة الانف كتلة صمغية واحدة وقد تشوه شكل الانف
 الخارجي . ولكن هل نحن هنا امام صداع بسيط ام هي آلام رأسية مبيها
 التهاب السحايا ؟

وهل من حاجة الى ذكر سرطان الغر بال والجيب الوتدي الذي قلنا يقني
 كائناً في هذه الاجواف ويحدث عوضاً عن الصداع اعراضاً اخرى كالرعاف
 والاختلالات العينية وانسداد الانف .

وسرطان الجيب الفكّي يسبب الاما شديدة تشغل الفك الاعلى وتشبه
 بانتشاراتها انتشار الام السنية فتوقع في الخطأ طيب الاسنان قبل الطيب
 المختص بامراض الوجه والرأس لان المريض نفسه يظنها آلاماً سنية فيهرع الى
 الطيب الاول فتخيب معالجته لانه يوجه اعتناؤه شطر الاسنان غير عالم ان
 هذا الامر ليس من اختصاصه وكذلك اورام التجويف وتطبيق الراديوم في
 الانف تحدث الاما تخرج عن دائرة بحثنا لانها ليست صداعاً بل الاماً رأسية
 يسببها التهاب العصب المنضغط بالكتلة الورمية او المهيج باشعة الراديوم المخربة
 ويكفي لشفائهما ازالة السبب المحدث لها .

التهاب الجيب

التهاب الجيبين الجبهوي والفكي الحاد: قديداً هذا الالتهاب الحاد بعد خفة
 اعراض زكام الانف الحاد فيشعر المريض بالآلام وجية تصيب نصف الوجه في
 منتصف الخد وحول العين وفي الناحية الحاجبية . والألم ياخذ شكل ثقل مزعج

وحس حرارة شديد وانكماش في الناحية المصابة وتزداد هذه الاعراض حتى انها تمنع المريض عن معاطاة اي عمل عقلي . وتصبح حركات العين موهمة وترافقها آلام راحمة في الفكين العلوي والسفلي .

وقد اثبت كانويت وتيرا كول ان الالام في هذا الالتهاب المزدوج تأتي نوباً متقطعة . فتبدأ نوبة الالام صباحاً بين الساعة الثامنة والعاشره وقد تبدأ مساء وتستمر بضع ساعات غير تاركة للمريض وقتاً للراحة وتهدأ فجأة لتعود في الغد وفي الوقت نفسه الذي بدأت به اليوم . ويسهل جيداً تشخيص هذا الالتهاب فجدار الجيب الفكّي الامامي مؤلم متى جس ومثله الحفرة النائية والاسنان نفسها تكون مقرأ الالام شديدة .

ومتى فحصت الحفرتان الانفيتان نجد ان القيع يسيل في الجهة المنامية للالام من الناحية الصماخية ويؤدي التشخيص تنوير الجيوب (diaphanoscope) والتصوير بالاشعة وبزل الجيب الفكّي وتوسيع مدخل القمع بالكوكائين والادريالين . ومتى لم يكن قيع في الصماخ كان الالام وتورم الناحية المصابة واراشاح القم المقابل في باطن الانف وزيادة حسه بالجمس بالنسبة الى الجهة المعاكسة كافياً لوضع تشخيص ثابت .

فيظهر ان التشخيص سهل للغاية . اما الالام في هذا الالتهاب فهي مسببة من انحصار القيع في جوف الجيب وتعذر خروجه لضخامة الغشاء المخاطي الذي يكسو فوهة الجيب فمتى وسعت هذه الفوهة اوزالت ضخامة الغشاء المخاطي في الصماخ المتوسط بوضع قطائل قطنية مبللة بمحلول الكوكائين والادريالين . هيجت هذه الآلام وقد يتقلص ظلها . وتتفاوت هذه الالام في المرضي .

فهي تبلغ اشدها متى كانت القرينات ضخمة او الوتيرة منحرفة او الغشاء المخاطي ضخماً ضخامة بسيطة وتخف متى كان الانف واسعاً . فلينبه دائماً لتشوهات الانف وما قد تجرّه من الصداعات .

مناشئ الصداع المجهولة

أ - الجيوب الامامية : لا يجع التهاب الجيوب الامامية اي الجيبية الفكية وما ينشأ منها من الالام السير الطبيعي ولا يتصف بالاعراض الظاهرة التي اتينا على ذكرها بل قد نجد ان صداعاً مسيئاً من هذه الجيوب لا تمكثنا الفحوص العادية من جلاء غموضه وفهم كيفية حصوله .

وقد ذكر لوك (Luc) في ايار سنة ١٩٢٣ في الجمعية الفرنسية لامراض الاذن والحنجرة حوادث شتى عن الزكام المزمع المتكرر للغار الجبهي . وانا نورد هنا احدى مشاهداته : وهي حادثة وفاة اثنه شاكية الاما شديدة في نصف جبهتها ولم يكن ابتاج في ناحية جيبيها الجبهي ولا مفرزات في الحفرة الانفية المجاورة . وكانت هذه الالام تأتيا نوباً متقطعة وتشغل دائماً الناحية حول الوقب وتشتد متى ضغط الجدار الامامي للجيب الجبهي ضغطاً لطيفاً ولم يجد لوك من اعراض التهاب الجيب الجبهي في مريضته سوى نقص في شغوف الجيب المصاب بالنسبة الى الجيب المقابل لدى اثاره الجيبين فعالج جيبيها بالوسائط المعروفة فشفيت شفاء تاماً . ويقول لوك ان سبب هذه الالام في مريضته لم يكن سوى ضيق القناة الانفية الجيبية الذي كان يمنع المائع اللزج الكثيف عن الخروج من جوف الجيب وكان يحصره فيه فيحدث هذه الالام الشديدة كما في التهاب الجيوب العادية .

وقد يستغرب القارىء حادثة لوك هذه وهو على حق في استغرابه لانه لا اعراض انجباس في هذه المريضة ولا اعراض تقيح تدعو الى الظن بان سبب الصداع هو التهاب الجيب الجيبي ولو كان فتح ذلك الجيب لما كان بدا فيه المنظر العادي الذي يراه الجراح حين فتح جيب متقيح بل جل ما يرى ان هناك خطأ مسرراً ملتصقاً بمجران الجيب دون ان يكون اثر للانجباس لان توسيع القناة الانفية بمبشرة (rape) واستون ويليام قد اخرج المخاط المتراكم من الجيب .

واكثر مشاهدات لوك عن نساء ضيقة انوفهن شفين شفاء تاما وزال صداعن بعد توسيع القمع اثر تخدير المكان بالكوكائين .

وقد ذكر سلودر (Sluder) تحت اسم الجيب المفرغ (vacum sinus) داء شبيها بزكام الفار الجيبي المتكرر الموءلم (لوك) واكثر مشاهدات هذا الموءلف ايضا عن نساء مصابات بصداع اليم لم تتمكن انجم الادوية من تسكينه متصف بنوب يشتد بها الالم كثيراً دون ان يجمع في فواصل النوب بل هو الم متواصل يزداد من حين الى اخر ولا سيما متى صنعت المريضة عملاً دقيقاً كالقراءة او الحياطة ويوقظ شدته ضغط زاوية الرقب، العلوية الانسية وتدعي هذه النقطة نقطة ايلفينغ (Elving) .

ولم يدُ بفحص انف احدى المريضات سوى ضخامة القرين المتوسط ولا سيما ذروته التي كانت ملامسة للوتيرة وقد اكتفى سلودر بهذه الضخامة ليثبت ان انسداد الجيب يحدث في جوفه ما يحدث في الاذن المتوسطة من الاختلال متى سد نفيرها الاوستاكي . فيمتص الهواء من باطن الجيب ويحصل

ضغط منعكس في الغار . فيحتقن الغشاء المخاطي ويختل الدوران في النواحي العظمية المجاورة .

وسرى بعدئذ انه ليس ضرورياً ان يكون سبب الصداع في مريضات سلودر جيبيلا لان الانسداد الصماخي يكفي وحده سبباً للصداع . واذا كان انسداد القمع يسبب الالم فهو لا يحدثه الا بمعدل خفيف وليس كما ظن سلودر بمعدل ٩٩ ٪/٠ من مجموعة الحوادث التي جمعها سنة ١٩٠٧ .

قد يكون التهاب الغربال الخفيف منبعا لصداع وتقي جبهي (بوشه وسولا Bouchet et Soulas) ويقع هذا الالم في الناحية فوق الوقب مع انتشار صدغي او وجني والم حين ضغط ناحية الحد . وبين الوقب والانف . ومتى فحص باطن الانف يرى نز في منطقة الصماخ المتوسط استطاع نزع جزء منه بحاملة القطن وضغط ناحية العظم الظفري (اشارة ايفينغ) يوقف الالم . والغشاء النخاعي ذاته مخلي محتقن مرتشح او نظيف مبيض . ويشفى هذا الالم بتطهير ناحية الصماخ بحلول نتراة الفضة .

ويعجب الانسان من هذا الالم الاقي من التهاب بسيط في الغربال ويمحى له العجب لان التهاب الغربال المتقيح المستقل او المرافق لالتهاب الجيب الجبهي المتقيح لا يسبب ادنى الم فيظهر ان منشأ الالم ليس سوى الاتان . وتأثيره في الاعصاب الغربالية واحداثه لالتهاب العصب وليس انحصار القيح في جوف ذي فوهة واسعة .

التهاب الجيب الوتدي : لم يعرف الصداع الناشئ من هذه الآفة الا منذ زمن يسير وقد تبين ان صداعات مستعصية كثيرة استطاع شفاؤها بمداواة

انفية موجهة الى الجيب الوتدي . وقد اوصى كانويت وتيرا كول متى كان المرضى مصابين بصداع لم تكشف اسبابه بعد ان يسألوا عما اذا كانوا قد اصبوا بنزلات انفية شديدة وكثيراً ما يذكر هؤلاء المرضى نزلاتهم لانها كانت شديدة الوطأة عليهم ولا تزال ذكرها ماثلة امام عيونهم لشدتها وانهم قد اصبحو منذ ذلك الحين معرضين دائماً للزكام .

ويتصف هذا الشكل من الصداع بأنه يقع في المؤخر او عند الجداري . ويتشعب الى الكتفين والذراعين والاذنين والناتئين الحشائين ويشعر المريض غالباً كأن الالم مستقر خلف عينيه ودافعاً اياها الى الامام او كأنه لابس خوذة تضغط رأسه . ويشد هذا الالم متى فكر المريض او صنع اموراً دقيقة كالكتابة والقراءة والاعمال العقلية التي يستحيل على المريض في اكثر الاوقات اتمامها وتعرفل بعض الاعراض العامة هذا الالم كضعف الطرفين السفليين والوعك الشديد ولا سيما مساء . ورمز بارافق هذا الصداع دوار وانسداد الحفرتين الانفيتين وافرازات بلعومية غزيرة . فيجب حينئذ فحص الحفرتين الانفيتين فحصاً دقيقاً للغاية اولاً . بمظار الانف العادي بعد ان يقلب رأس المريض الى الخلف ويشترط قبل الفحص ان توضع في الانف قطيلة من القطن مبللة بمحلول الكوكائين المزوج بالادرينالين لتصغير حجم القرينات فيستطاع حينئذ فحص حالة القرينات المتوسطة وحجمها ومجاوراتها للوتيرة ويفتش عن المفرزات المخاطية القيحية في الناحية الشمية او الرجلات او ضمور الغشاء المخاطي . ويعتقد هيبس ان الآفة وتبدية متى لم ينقبض الغشاء المخاطي في احدى الحفرتين بعد استعمال الكوكائين .

وبعد نزع القطيلة المبللة بالكوكاين والادرناالين ينظر في باطن الحفرتين الانفيتين كما ذكرنا آنفاً فان انقبض الغشاء المخاطي جيداً تمكنا من رؤية الجدار الامامي للجيب الوتدي وقد نرى فوهة الجيب والقيح منصب منها او نشاهد فيها المرحلات . وقد يوقظ جس هذه الناحية بمحاملة القطن آلاماً تشبه كثيراً الآلام التي حملت المريض على استشارتنا .

وقد نرى غالباً حين فحص فوهتي الانف الخلفيتين بالنظار الخلفي المفرزات البلعومية خارجة من الجيب وربما تمكنا بالنظار النفري (salpingoscope) بعد ادخالنا اياه حتى فوهة الجيب الوتدي من رؤية بؤرة الآفة والاستحالات الحاصلة فيها .

ويمكننا ان نستعمل الطرق الاستكشافية ذاتها المستعملة في فحص الجيب القلبي اعني بها بزل الجيب . فاننا نستطيع متى رأينا فوهة الجيب الوتدي ان ندخل فيها مروداً كليل الرأس او حاملة القطن نفسها . فاما ان ندخلها من خلف ذنب القرن المتوسط بسهولة تامة او ان نعد هذا الذنب بموسع انفي طويل . وقد تسكن الآلام تماماً حين ادخال اي آلة كانت في الجيب لان انصباب بعض القيح منه كاف لراحة المريض .

ويستعمل وتسون ويليام عوضاً عن القاثاتير العادي او المبزل محقنة خاصة يستطيع امتصاص مفرزات الجيب بها بعد ادخال ابرتها وفحص ما فيه من الجراثيم . ومتى لم نجد فوهة الجيب جاز ثقب الجدار الامامي بثقب يسمى بمزلة وتسون ويليام واطباق فوهة المحقنة على المبزل بعدئذ واستنشاق المفرزات المجمعة

فيه . اما ثقب جدار الجيب الامامي فليس فيه اقل خطر اذا لم يقع الثقب عالياً ولا في الوحشي والثقب كبير الدلالة لانه لا يدع اقل مجال للشك في تشخيص الافة ولكن البزل لا يغنيانا عن رسم الجيب بالاشعة بل يجب ان نكمل معاينته وتستعمل لهذا الغرض وضعات مختلفة افضلها طريقة غونست (Gunsett) من ستراسبورغ وهي تقوم بوضع اللوحة الحساسة في الفم او بوضعة قاعدية يتبع بها احد الترتيبين الاتيين . آلة الاشعة فالتدقن فاعلى الرأس فاللوحة الحساسة او الالة فاعلى الرأس فالتدقن فاللوحة الحساسة .

فهذه الفحوص المختلفة تمكنتنا من تشخيص التهاب الجيب المتقيح ولكن هل الصداغ دائماً عرض متمم لهذا الالتهاب المتقيح كسائر الاعراض الباقية : غزارة مفرزات الانف والبلعوم وجود القيح في الشق الشبي اوفي موضع اخر الانف ؟ كلا . لان التهاب الجيب الوتدي المنفرد المشترك مع بقية الجيوب الامامية لا يسبب هذه الصداغات المستعصية التي اتينا على وصفها في اول بحثنا عن التهاب هذا الجيب الانادراً ولا يكون لهذه الصداغات الصفات الالمية الخاصة بالصداغات الناتجة من انسداد القناة الانفية الجيبية لانها الام متواصلة مع اشتدادات متكررة وهي الام ليلية وتستمر سنوات عديدة . فهي ليست اذاً صداغات انجاسية . ولكنها على الرغم من ذلك تسكن بفتح الجيب او يزيله او بادخالنا فيه اي آلة كانت .

فهل هناك اذاً التهاب الجيب بدون التهاب كما ذكر سغورا (Segura) اي هل هناك التهاب جيب لا قيح فيه او بعبارة اخرى التهاب جيب ضحائي .

وصف سلودر ورايت (Sluder et Wright) افات عميقة في عظم الجيب الوتدي يغطيها غشاء مخاطي يظهر بمظهر طبيعي والعظم في هذه الافة متكشف غني بكسرات العظم (ostéoclastes) تتخلله احياناً بؤر ارتشاحية يجتمع فيه معا التهاب العظم الضخامي والمتنخر .

اما الاعراض الظاهرة التي يتصف بها هذا الداء فهي ضخامة ذنب القرن المتوسط مع استحالة غشائه المخاطي وارتشاح بين الغربال والوتدي .

واذا اعدنا النظر في حالة الجيب التشريحية رأينا ان عصب الفك الاعلى يسير حذاء قاع الجيب الوتدي وفي الاستطالة الجناحية على الجناح الوتدي الكبير تفرقه عن جوف الجيب طبقة عظمية رقيقة قد تكون متشققة في بعض الاحيان . وقد يصاب هذا العصب كما يصاب العصب الوجهي في قناة فالوب والعصب البصري في القناة البصرية بضغط يؤثر فيه كثيراً . فكما ان التهاباً بسيطاً زكامياً في الاذن المتوسطة قد يحدث لقوة فكذلك الزكام البسيط في الجيب الوتدي قد يسبب التهاباً مؤلماً في عصب الفك الاعلى .

وفي هذه الناحية التشريحية قناة صغيرة تدعى قناة فيديوس فيها عصب فيديوس (nerf Vidien) الذي ينقل متى التهاب آفته الى الجذوع الرئيسة فاشعاع الألم الى الناحية الخشائية يتم بانتقال العصاب من هذا العصب الصغير الى الالياف الصخرية الناشئة من الوجهي . وانتشار الألم الى العنق والبلعوم بالالياف الصخرية العميقة حتى عصب جاكوبسون وبه الى البلعومي السالي واغصانه العنقية .

وقد علل بعضهم الصداع بغير طريقة انضغاط العصب وتخرش الجذوع

العصبية بهذه العوامل المؤلمة وهي الصداعات التي تشفى بعد فتح جيب سليم
او توسيع فوهته .
وقد طبق الدن (Alden) نظرية الفراغ الجيبي التي تحققنا وجودها في بقية
الجيوب " على الجيب الوندي ايضا يقول هذا المؤلف : كما ان انسداد الفوهة
يفضي الى انقباس المفرزات في جوف موءوف يتلوه انضغاط الاعصاب المارة تحت
الغشاء المخاطي فهكذا انسداد الجيب نفسه وامتصاص الاوكسجين الذي فيه يفضي
الى احتقان منفعل في اوردة الجيب تظهره اعصاب الحس العامة بشكل ألم ندعوه
الصداع .

« للبحث صلة »



تسويس الاسنان

(نظرة حديثة فيه)

للحكيم نجاة ابراهيم الصفدي

دكتور في طب الاسنان وجراحاتها

الدكتور ميلر (W.D. Miller) هو اول من وصف التسويس واطهر ان اختار فضلات ماء الفحم المتراكمة على الاسنان بالجراثيم يولد حامض اللبن فهو من جهة يوتر في محتويات السن غير العضوية والجراثيم من جهة اخرى تتلف مادة السن الاساسية العضوية حيث تشكل الحفرة .

وقد تبين بمساعدة الدكتور بانتينغ (Bunting) ان نوعاً خاصاً من العصيات المولعة بالحامض (bacillus acidophilus) يظهر دائماً في اثناء تسويس الاسنان

وسبب التسويس هنا لا يوضح كل الايضاح ظهور هذا المرض المتنوع الذي ثبت باستقصاءات عديدة اجريت منذ ايام ميلر . فقد ادرك هولاء الباحثون ان نظرية ميلر لا توضح جميع ادوار هذا المرض كما يلاحظ من المستشفيات الآتية :

- (١) : قد لا تسوس الاسنان من تراكم بقايا الاطعمة في الفم .
- (٢) : يزداد الاستعداد للتسوس في اثناء الحمل .
- (٣) : الاسنان التي فقدت لها اكثر قابلية للتسوس من الاسنان الحية .

(٤) : وقوع التسوس في السطوح المتقابلة يؤثر فقط في احدى السنين

المتجاورتين .

(٥) : الميناء المنقطع الذي تقل فيه المواد الكلسية لا يكون اكثر قابلية

للتسويس من الميناء السليم .

نلاحظ حينئذ ان النظرية الحالية للنخر لا توضح كل اشكاله . ومتى بدت استثناءات كهذه دلت ان القانون إما ان يكون في غير محله او انه لا يزال محتاجاً الى عامل مؤثر . وقد ادرك المدققون ما لايجاد هذا العامل المفقود من الاهمية ، لاننا لا نقدر ان تنقي المرض قبل ان نفهم جيداً الاسباب المختلفة والحالات التي تقدمه .

ان السبب الرئيس للتسويس هو على الأرجح ماء الفم الغذائية والعصيات المولعة بالحامض على سطح الاسنان ، وعلينا في كل حال ان نعد هذين العاملين سبباً مباشراً وان نكشف السبب المهي الذي يتوقف عليه مقدار التسوس الحاصل في الاسنان .

صرف بوديكر (Bodecker) حياته العلمية في حل قضية التسوس . لكنه بدلاً من ان يسعى الى حلها ويشرح الحالات السريرية المرافقة للتسوس كنوع الجراثيم وتركيب اللعاب الكيماوي انصرف الى درس بناء الاسنان .

ان الميناء بصلايته حصن منيع يرد غارات التسويس فاذا اخترق هذا الحصن حاول العاج عبثاً مقاومة هذا العدو فلا تلبث السن ان تسوس . وقد ادرك النسيجون سنة ١٩٠٠ انه لا فائدة من درس بناء الميناء درماً مدققاً اذ ظهر لهم ان الميناء هو عبارة عن مواشير مؤلفة من مادة غير عضوية .

غير ان بوديكر لم يكن من هذا الرأي لاشتباهاه بحالة الميناء واختلاف تركيبه باختلاف صحة الشخص العامة .

فقد اعتقد ولا يزال يناضل بان الميناء مرتبط تمام الارتباط بمصورة الدم وتابع لها بمقاوته للنخر . ففكر بدرس الميناء درساً مدققاً وبرهن سنة ١٩٠٥ - ١٩٠٦ ان في الميناء مادة عضوية سماها (الحامض العضوي) وهو ما يمكن السائل من المرور الى ملء الميناء .

فبعد ان اظهر ما في الميناء البشري السليم من المادة العضوية الخاصة، حاول ان يصف ويعين القنيات التي تمر بها مصورة الدم من حجرة اللب الى الميناء . والعاج هو النسيج المجاور للميناء المحتوي على انايب عديدة لا تحصى تنقل الالياف العاجية من اللب الى الملتقى العاجي المينائي .

اعاد بوديكر اتبناه للعاج وفحص اليافه فحصى دقيقاً بطريقة ابتكرها حديثاً . فوجد ان هذه الالياف لم تكن حقيقية بل كانت في الاسنان الحية بشكل انايب تنقل من اللب الى الملتقى العاجي المينائي وقد بني خط الارتباط هذا الذي به يتقل البلغم من اوعية اللب الدموية الى ملء الميناء .

وقبل البحث في تطور هذه القضية علينا ان نفحص القنيات الموصلة بين الميناء وجهاز الدوران العام بالتدقيق .

قطع بوديكر ثنية علوية قطعاً طويلاً فشاهد حجرة اللب وقناته والانايب العاجية متشعة ومتجهة للخارج نحو الملتقى العاجي المينائي ثم اخذ قسماً من تاج هذه الثنية فيه جزءاً من حجرة اللب والعاج والميناء بكامل ثخانتها وفحصه مجهرياً فشاهد ان البلغم السني يمر من حجرة اللب الى باطن العاج ثم يقطع الملتقى العاجي .

المينائي فيدخل المينا وينتهي أخيراً على سطح السن فوجد من المناسب تسميته بالبلغم السني تمييزاً له عن بلغم الدورة العامة .

تفصيل التغيرات السنية :

أخذ بوديكر قسماً من اللب المجاور للعاج وجسمه تحت المجهر فشاهد شعرتين وعدداً من كريات الدم الحمراء ثم لاحظ في حجرة اللب أيضاً الخلايا الاسطوانية المولدة للسن تحتاز جدران العاج اجيازاً تاماً وترسل استطالاتها (الالياف العاجية) الى مادة العاج الاساسية .

وفحص بناء العاج مجهرياً بعد تجسيمه فوجده مركباً من مادة اساسية تتخللها قنوات دقيقة لا تخصى هي الا ناييب العاجية يحيط بكل منها غلاف يدعى غلاف نيومان .

وقد أكد المبقق هانازاوا (Hanazawa) أيضاً بان الالياف العاجية هي

بشكل انبوب .

المينا :

كان يظن ان المينا مركب في الغالب من مادة غير عضوية تكون درعاً اصم لا ينفذ شيء . غير ان تدقيقات هد (Head) وبانتينغ (Bunting) وريكرت (Rickert) وآمبرسون (Amberson) وكلاين (Klein) وبوديكر (Bodecker) اثبتت ان المينا قابل للاختراق .

وقد اثبت بوديكر باسلوب خاص وجود حاضن عضوي او مادة البروتين ويرجع بانها متعادلة الحجم مع المحتويات غير العضوية او المعدنية في المينا وقد أظهر ان في المينا ثلاثة عناصر وهي : صفائح المينا وحزمها وانغدة لمواشير المينا

وان هذه العناصر تمكن السوائل من الوصول الى باطن المينا وهي التي توزع البلغم على المينا بعد ان تلتقطه من الملتقى العاجي المينائي .

عاد بوديكر الى ملاحظة البناءات التي يسير فيها البلغم السني من الملتقى العاجي المينائي لباطن المينا حتى سطحه . فشهد ان كثيراً ما تسير الانابيب العاجية الدقيقة معترضة للملتقى العاجي المينائي لباطن المينا بدلاً من ان تنتهي سائبة في العاج . فانايب دقيقة كهذه ترتبط بصفائح المينا وحزمه وغمدة مواشيرها حيث تزودها بالبلغم السني .

فاذا اخذنا صورة مجسمة لسطح من الملتقى العاجي المينائي نرى عدداً من الحزم يظهر من شكلها الحقيقي ان وظيفتها توزيع البلغم السني وايصاله الى المينا ولدى فحص سطح الملتقى العاجي المينائي تحت المجهر بالشعاع فوق البنفسجي لوحظ عدد من الانابيب العاجية قاطعة للملتقى العاجي المينائي يسيرها في باطن المينا ويظهر ان مغازل المينا تلعب دوراً في خلقته مع انه لم يكن يعرف لها حتى الان عمل معين . واستطالات المينا هذه هي قسم من القنيات العاجية التي تقطع الحدود في المينا وتنتهي على ابعاد مختلفة وهي ممتلئة بمادة هيوالية لا كلسية . ويعتقد بوديكر بعد اقصى تدقيقاته انها قسم من الجهاز الحسي لهذا القسم من السن . وقد فحصها بما وراء المجهر وشاهدها تنفذ باطن المينا وترتبط بالانابيب العاجية الدقيقة وقد لاحظ بفحصه ايضا ان كلا من مواشير المينا محاط بغمد او غلاف من البروتين يخترقه البلغم السني على ما يرجح .

وقد حضر الدكتور ايدماند ابلوم (Edmund Applebaum) مساعد بوديكر نموذجاً من سن محشوة بالفضة الملمعة فوجد ان اللون الناجم منها نـ

قليلاً الى باطن المينا وقد شاهد الاستاذ بوديكر نفسه ان الحبات الدقيقة الراسبة في أغلفة المواشير هي التي تسمح للسوائل باختراق المينا بكثرة . وان البلغم السني ينفذ طبيعياً بالفنيات المذكورة من اللب الى سطح السن . وقد اثبت ذلك بعدة تعارب مخبرية كما اثبتة ايضاً بتجاربه على الحيوانات الحية .

وكان بست (Beust) اول من نجح في ادخال الصباغ للمينا من حجرة اللب عن طريق العاج وقد اعاد بوديكر التجربة نفسها .

وقد اظهر برمي هو (Percy Howe) بتدقيقاته وجود الرصاص في العاج والمينا في سن شخص مات مسموماً ، وشاهد قابلية نفوذه اثناء حياة نسج السن وقد اثبتت اكثر التجارب اثباتاً لا شك فيه مرور البلغم من اللب لسطح السن ، عاجها فيش بان وضع مسحوق زرقة المتيلن على لب من كلب حي باعثائه ، ثم ملأ الحفرة بدون ادنى ضغط وتركها اربعاً وعشرين ساعة ثم حضرها نموذجاً للفحص بالمجهر . فرأى بعد فحصها ان هيولى الدم او مصورته حملت صباغ المتيلن الازرق ومرت به من داخل العاج والمينا حتى سطح السن .

وجرب ذلك مرات عديدة في كلاب صغيرة وكبيرة واثبت قابلية نفوذها لكل من العاج والمينا في اسنان الكلاب .

واسنان البشر مشابهة تقريباً لها من الوجهة النسيجية .

ويعتقد بوديكر ان البلغم السني يتفرع من مصورة الدم الموجودة في لب الاسنان المختلفة حيث تتوقف خواص الاول على خواص الاخير .

وفي مصورة الدم ايضاً ملاح الصوده والكلس والبوتاسيوم فعليه يكون الاعتقاد القائل بان تركيب البلغم السني مشابه لتركيب مصورة الدم مقبولا

اي تأثير للبغم السني في حدوث التسويس وتقدمه ؟

ان العامل المؤثر الذي يحدد نسج السن هو الحامض اللبني ، فاذا تمكينا من ايجاد مادة كياوية تعدل هذا الحامض قبل هجومه على ملاح المينا المعدنية منضاد تسويس الاسنان . وقد ذكر سابقا ان في البغم ملاحا معدنية حرة تتحد بالحامض اللبني المتشكل تحت اللوحات المخاطية .

لاحظ بوديكر ان البغم السني يفيض من اغدة مواشير المينا على سطح السن وان الجراثيم تشكل الحامض اللبني بمواجهة باءات الفهم وتبطن بشرة المينا . فتق واجه الحامض البغم السني اختلط الاول بملاح الثاني المعدنية وتعدل فاصبح اقل ضرراً والتسوس اقل حدوثا . اما اذا نقصت قوة البغم للسني او محتوياته من الملاح المعدنية فالحامض اللبني الحر ينفذ مينا السن ويتبدى التسويس .

ان قوة تعديل البغم السني لاي حامض ما هي مستقلة بذاتها لا تحتاج إلى واسطة في التفاعل الخلقى . ويشبه هذا التعديل تعديل الحامض اللبني في العضلات بثاني فحمة الصوده الموجودة في مصورة الدم وقد ذكر ذلك ايضا استاذ جامعة كولومبيا الدكتور كلارك (Clark) . ويرجع الدكتور ماكسويل كارشان (Maxwell Karshan) أن ثاني فحمة الصوده الموجودة في البغم السني هي التي تعدل الحامض اللبني المسبب للتسويس :

ويحدث التسوس متى نقصت كمية الملاح المعدنية في البغم السني لدرجة تعجز معها عن تعديل الحامض اللبني الموجود على سطح السن . ويستنتج بوديكر من مشاهداته السريرية ان التسويس يزداد في اثناء تشوش الاجهزة او يحبه تماما .

وتتجدد بزواله المحتويات المعدنية الطبيعية في الدم فيتعدل ثانية الحامض اللبني الحاصل في نهاية سير التسويس فيتوقف وعندها نشاهد ان التسويس قد توقف .
ثم اننا اذا سلمنا بهذه النظرية سهل علينا فهم السبب في زيادة التسويس أثناء الحمل .

مقاومة تسج السن الفطرية للتسويس :

ان نظرية بوديكر الثابتة القائلة بان للاسنان مقاومة فردية مختلفة وفطرية للنخر هي الآن سائرة سيراً حائزاً نحو الاثبات (ان اختلافات كمية البلغم السني وتدرجه تعديله للحامض اللبني تغير قابليته للتسويس او مناعة الاسنان على النخرة)
وظيفة البلغم السني :

يرجع بوديكر ان للبلغم وظيفتين : الاولى تعديل الحامض اللبني الموجود في حالات التسويس بواسطة محتوياته المعدنية (الصودية والكلسية والبوتاسية)
والثانية زيادة كثافة العاج والمينا بيطء يجمعها ملاح الكالسيوم .
المستثبات السريرية لنظرية التسويس القديمة :

لندقق في المستثبات السريرية الغامضة المذكورة في ابتداء هذه المقالة ولنرى ما اذا كان هذا العامل المهيء الجديد يسهل علينا فهم قضية التسويس .
١ - (قد لا تسوس الاسنان في افواه غير نظيفة) ويعمل ذلك بدفع البلغم السني متى كان صحيحاً وقوة تعديله للحامض اللبني الحاصل من اختار الاغذية في الغم ومنعه للتسويس عن الحصول .

٢ - ان الحمل والمرضى يزيدان قابلية الاسنان للتسويس وقد انضح سبب ذلك بما ذكر اعلاه .

٣ - ان الاسنان التي نزلت لبابها هي في الغالب أكثر قابلية للتسوس من الاسنان الحية وقد علمنا ذلك فهو يظهر الفرق بين ميناء الاسنان المزود بالبلغم وبين ميناء الاسنان الميتة الذي لا يصل اليه البلغم فهو لذلك اسرع عطبا من الاول

٤ - ان حصول التسوس في سطوح الاسنان المتقابلة يؤثر فقط في احدى السنين المتجاورتين ويعلل ذلك باحتمال حدوث بعض اضطرابات في وظيفة لب السن المتسوسة فتتقص كمية البلغم السني التي تصل الى سطح السن فتزيد بذلك قابليته للتسوس .

٥ - ان الميناء المنقط القليلة مواد الكلسية لا يكون أكثر قابلية للتسوس من الميناء الطبيعي . ولنفرض انه أكثر قابلية للتسوس فهو لا ينكسر باسرع من الميناء الطبيعي .

شرح الدكتور ايليوم هذه المادة الخامسة شرحا مقبولا فقال ان الميناء المنقط ذو مسام أكثر من الميناء الطبيعي التام المتكلس والبلغم السني بما فيه من الملاح المعدنية الحرة يخترق سطوح مسامه باسرع مما يخترق سطح الميناء الطبيعي فتزيد بذلك قوة تصادم السطوح المنقطة وتمتع الحامض اللبني من اتلافها . وقد ابد الاستاذ بوديكر شرح معاونه هذا .



مقتطفات حديثة

المعالجة الوحيدة لزهرى المعدة

الدكتور ليفن (Leven)

تختلف معالجة زهرى المعدة عن معالجة التظاهرات الزهرية الاخرى وكثيراً ما تخب الطرق الدوائية فيه مع انها تتجم في هذه وقد حملت هذه الحية بعض الاطباء على انكار زهرى المعدة والبعض الاخر على عده مرضاً نادراً مع ان الزهرى يحدث في المعدة عسر هضم وقرحاً وتضيق بواب وسوى ذلك من الافات كتكتن (linitis) المعدة وكالاورام التي تشابه اعراضها اعراض السرطان ولست ارسل القول جزافاً بل ان كلامي يستند الى مشاهدات عديدة تمثلت بالاشكال التي اوردها آنفاً وشفيت بالمعالجة التي سأوردها الان وانني اتمتع عن ذكر هذه المشاهدات الكثيرة لضيق المقام واكتفي بذكر واحدة منها باختصار: بعث اليّ الدكتور دوريه باحد مرضاه مصاباً بضيق البواب وسلسله يسألني رأيي في معالجة هذا المريض الجراحية .

والمريض في العقد الخامس وكان قد اصاب بالزهرى في سنته العشرين . فرغبت في ان اخبر في المريض بالمعالجة النوعية قبل اجراء المعالجة الجراحية فاجابني الدكتور دوريه ان مرضه قد عولج بمعالجة نوعية حسنة وفقاً للقواعد الحديثة فسالته عما اذا كان قد عولج باليود فاجاب انه جرب اليود مرة واحدة واضطر الى قطعه بسرعة لانه لم يتحملة . فاجبت زميلي ان المعالجة الناجعة في زهرى المعدة اذا كانت هذه الحادثة زهرية لم يستعملها هذا المريض حتي الان

وانه يستجيب علينا ان نستنتج نتيجة جازمة قبل استعمالها . فالتنعيم زميلي بما ابدت وثابر المريض شهرين على المعالجة وتحقق الدكتور كويله بعدهما ان سلس البواب شفي شفاء تاما .

وقد زالت جميع الاعراض المزعجة وزاد وزن المريض ثمانية كيلوغرامات ولم تعد تبدو اقياء الدم الفزيرة ولا تقوطات الدم التي كان المريض قد اصيب بها قبل بدء هذه المعالجة .

ثم عاينت المريض بعد ثمانية عشر شهراً فوجدت ان حالته قد تحسنت كثيراً وكان قد استعمل في ذلك الوقت ٢٥٠ خلية زنبقية وتناول ٢٠ قنينة لبيودول .

فالمعالجة الوحيدة التي تشفي زهري المعدة تتألف من الفتائل الزنبقية واليود ليس غير .

نوضع خلية كل مساء من الفتائل التالية مدة عشرين يوماً متوالية :

زئبق حي	{	٠٠٣ — ٠٠٤	ستغيم
مطفاً بالفلورين والفلورين		من كل	٠٠٥٠
زبد الكاكاو		٤	غم

لفتيلة واحدة تصنع عشرون فتيلة مثلاً .

ويؤخذ من الليودول محفظة (capsule) في اثناء طعامي الظهر والمساء وثلاثين يوماً في الشهر اولاً ثم تقص بعدئذ الى عشرين يوماً في الشهر .
ومدة المعالجة تابعة للنتائج المحيطة منها والتحسن سريع جداً في الغالب .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان سنة ١٩٣٠ م - الموافق لذي القعدة سنة ١٣٤٨ هـ

التهابات الحلب الزحارية

للككتور شوكة الشطي الامتاذ في معهد الطب بدمشق

ليست التهابات الحلب الزحارية نادرة لان الزحار التحولي من الامراض المقرحة المستقرة قروح في المي الغليظ ايضاً وهي قروح مختلفة الاشكال والحجوم تارة متفرقة واخرى مجتمعة وهي عميقة في الغالب وحافاتها متفتحة ومتوذمة .

يبدأ التقرح في النقاط التي دخلت منها المتحولات فتصاب البطانة المخاطية بجراثيم لا يلبث ان يستولي على عناصر البشرة جميعها حتى العضلة المخاطية وقد يتعدها . وتكون فوهة القروح ضيقة عادة وحافاتها مقلعة ومقطوعة قطعاً عمودياً . وتدخل المتحولات العروق الكبيرة والشعيرة والبلقمية فتحدث التهاباً فيها وفي محيطها . وينتشر هذا الالتهاب المقرح احياناً فيصل الى الحلب وقد يقترن

وقد شوهدت قروح الزحار في الزائدة والمعى الدقيق . وسير هذه القروح مزمن في الغالب كسير الزحار نفسه

ويفاعل الحلب في انشاء سير التقرح فيلتهب التهاباً موضعياً ومتى وقع الانتقاب انسكب السائل التنن في مسكن محاط بالتصاقات وبأغشية موهمة وبقي جوف الحلب الكبير سليماً . وتألف الأعراض حينئذ من الآم موضعية وتنفع محدود في جدار البطن وخراج . فيكون قد اكتمل التهاب الحلب الزحاري الموضعي . والملاحظات عن هذا النوع كثيرة

وقد يثقب التقرح الحلب اثره حادة لم تفسح له مجالاً ليتفاعل فيلقى السائل التنن في جوفه ويكون التهاب الحلب العام بمشده السريري الخاص وليست المشاهدات عن هذا النوع نادرة بل هي كثيرة ايضاً .

وهناك حالة ثالثة يلتهب فيها الحلب دون ظهور علامة ما تتم عن انتقاب . وحالة رابعة تبدو فيها اعراض تدل على تهيج الحلب .

واذا كانت امراض التهابات الحلب في الحالتين الاولى والثانية واضحة فليس الامر كذلك في الحالتين الثالثة والرابعة . فليس هنا تقرح يثقب الحلب ويلهب جوفه

ولا بد من قبول احدى الفرضيتين الآتيتين

أ - هي ان تفترق التحولات الغشاء المصلي دون ان تتبعه قستقر في جوف الحلب وتلتهب . تساعد على ذلك آفات المعى وانسكابات الدم التزفية تحت الغشاء المصلي قياساً لما يشاهد احياناً في الحمى التيفية وانسداد المعى والتهاب المرارة التهاباً يجعل الجراثيم قادرة على اختراقها .

وقد اجريت تجارب مهمة في هذا الصدد اثبتت امكان انتقال الجراثيم بعد اضعاف مقاومة غشاء المعى أو المرارة المصلي بتريدته او تقليل كمية الدم فيه او تسميمه فاخترقه الجراثيم دون ان يبدو فيه اذى تفرح .

٢ - وقد يكون للمتحولات سموم خاصة تنتشر في الدم ثم تستقر في الخلب فخلبه قياساً لما يقع في التهاب الكلية والاحشاء الاخرى الزحاري فان كانت وطأة العوامل المرضية شديدة احدثت الالتهاب وان كانت اخف من ذلك احدثت التبيح الخليوي واتنا نورد هذه المشاهدات لما فيها من الفائدة:

ج . س . له من العمر خمسة ثلاثون عاماً كانت نتابه من ان لاخر هجمات زحار حادة غير ان هجمته هذه المرة رافقتها آلام فجائية مستمرة بدأت بالملح الغليظ وانتشرت في البطن كله وكانت تشتد هذه الآلام اشتداداً فائقاً كلما شعر بالزحير ، وباقياء غطاطية وصفر او بة وغيثان مستمر . واعتري المريض بعد ثلاثة ايام اي في اليوم الذي شاهدناه فواق .

سوابق المريض : اصيب في صفرة بالحصبة وفي شبابه بالريضة اثناء الحرب العالمية واعتراه منذ خمس سنوات زحار كانت تهيج أعراضه بالامتين فيشفى شفاء ظاهراً مسجداً من الزمن ثم تعاوده الهجمة فيعالجها بمعالجة ليست حاسمة وهكذا دواليك بضع مرات في السنين الخمس المذكورة وقد ظهرت هذه المرة بمشهد الزحار مع التهاب الخلب .

العلامات الطبيعية : البطن منتفخ حسه مزداد جس بطن المريض والاستقصاء فيه غير ممكن يرفضه المريض كل الرفض .

العلامات العامة : الوجه شاحب ، الاسارير منكشة الجهة مبللة بعرق قليل ، الحرارة مرتفعة درجة واحدة ، النبض ، سريع ١٠٠ نبضة في الدقيقة ولا يناسب عدده درجة الحرارة .

التشخيص : لا مجال للشك في تشخيص الزحار فان علاماته واسمة وياينة غير ان ما اغمض علينا امره هو العلامات الدالة على التهاب الخلب الخفيف الحدة . وقد سعينا الى معرفة سببه فلم نغز على ما يظله غـ ير الزحار فاستعملنا الامتين تحت الجلد بمقدار (٦٥ / ٠)

وحقنا الوريد بـ (٠١٥) من التيوسلفرسان قمعا لحدة المرض واودينا المريض باستعمال كيس الثلج على البطن . وعدنا الى زيارته في اليوم الثاني فبدا لنا تحسن واضح في حالته فالام البطن خفت والاقياء قلت وعدد التغوط قصص فاكثفنا في اليوم الثاني بالامتئين وحده واستعملنا له في اليوم الثالث الامتين مع (٠١٥) من التيوسلفرسان وثابرونا على هذه المعالجة اسبوعا فشفي التهاب خلب المريض وهجمة زحاره الحادة ثم اوديناه باستعمال الستوفارسل اربعة اسابيع وقد رغبتا في ان تتحرى المتحولات وغلظها في غائط المريض ليثبت التشخيص المخبري ما اثبتته المعالجة النوعية فلم يمكننا المريض من ذلك .

ولدينا مشاهدات اخرى تشبه هذه المشاهدة نضرب صفحا عن ذكرها خشية التطويل وقد كانت الاعراض في احدها خفيفة جدا فقسبناها الى تهيج الحلب لا الى التهابه لان المريض كان يشكو زحاراً والاماً وتطبلاً ولكن الاعراض العامة كانت خفيفة جداً والحرارة مرتفعة بعض الارتفاع والتبض قريبا من الطبيعي . وقد شفيت هذه الحالة ايضاً بالمعالجة المضادة للزحار .



معالجة الجروح

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

كيف يجب ان تعالج الجروح في ايامنا الحاضرة ؟ ولست اعني بكلامي هذه الجروح السطحية المحدثة بألة واخزة او قاطعة التي لا تزال الاراء متفقة على طرز معالجتها بل اعني الجروح الرضية التي تحدث في الشوارع والمعمل والجروح النارية المختلفة الدرجات والشديدة التعرج .

كان الرأي السائد فيما مضى يقضي بان لا تعلق الجروح التي لا يحدسها الجراح فاذا كان الجرح حديثاً ولم تكن آفة تهدد حياة المريض بالخطر كان يكتفى بتضميد الجرح تضميداً مضاداً للفساد و ينتظر الشفاء مع المشاورة على التضميدات المتتابعة واذا كان الجرح عفناً كانت توسع منعرجات الجرح المتقيحة وتحفض وتفسل وكان ينتظر ريثما ترمم الطبيعة ما اتلف . فكان يتقلب الجريح مريضاً وكانت الندب الصلبة تقعه اذا سلمت حياته من الانتشارات الصديدية .

اما اليوم فقد اعاضت عن هذه المعالجة المنعطة معالجة فاعلة غايتها :

١ - ان يجتنب خطر التعفن ٢ - ان يحصل على ترميم سريع . وقد قامت باملاء هذه الامثلة على الجراحين الحرب الكبرى : فقد توصلوا الى اقامة معالجة جديدة بعد ان عرفوا حيوية جروح الحرب وسيرها الفوري .

اما حيوية الجروح الرضية فاننا نرى مبدأين متغلبين فيها : النسيج التي فقدت حياتها بشدة الرض وتغتت بالعامل الراض نفسه .

وقد اثبت بوليكار (Policard) ان الطبيعة في الجروح المتروكة وشأنها تقوم بعامل التنظيف الفوري فالنسيج التي فقدت دورانها لتمزق او عيها الشعرية تموت وتبدو الكريات البيضاء على الجدار الذي يفصل الميت عن الحي وتدخل النسيج الميت فتذيبها بمخائرها وبالحماير الباطنة للخلايا المتلفة . فيحدث اولاً دور كمين مدته ٥ - ٦ ساعات تنقلب فيه ذرة الميولي الكبيرة الاحينية وهي بيثة سيئة للاستئناس ذرات صغيرة ومتى ظهر الدور الهضموني (stade peptone) اصبحت البيئة ملائمة كل الملائمة لتكاثر الجراثيم فدور التنظيف هذا هو اذن الاونة الاشد خطراً ، الاونة التي تبدو فيها الغفريتنا والتعفن وتسمم البنية بمحصولات التجزوء السامة . فتبدو العوارض النتة والغفرينية والخراجات الغازية الناجمة من تكاثر الجراثيم في سياق اليوم الثاني او الثالث وتظهر العوارض الصدينية متأخرة ولا تأخذ منظرها النموذجي الا بعد عدة ايام . فاجتنب هذه العراقل الخطرة يقوم اذن بمحذف البيئة المضمونية التي تشابه مرقاً صالحاً للاستئناس او يمنعها عن التكون ويستطاع هذا بالقطم الجراحي . فعلى الجراح اذن ان ينظف بمقراضه ما تضمنه الطبيعة يبطء بمخائركرياتا البيضاء الهاضمة وهذا نسميه تثير الجروح او تنضيرها فالتنضير يزبل دفعة واحدة الجراثيم التي حملها العامل الجراح الى الجرح واذنا ترك بعضها فانه لا يترك لها بيئة ملائمة لنموها وحيث لا مرق لاجراثيم . ويعقب دور الترميم عادة دور التنظيف وينتهي بالذنب . غير ان الترميم اذا ترك وشأنه كان بطيئاً والبراعم الضامة التي تملأ الفراغ تفضي الى ندبة صلبة

مزعجة او سمجة يحسن بنا اجتنابها : فالخياطة ترمم الجرح سريعاً وتترك ندبة حسنة . وهذه الطريقة افضل وسيلة لاجتناب التعفنات الثانوية لانها تنشط دفاع الخلايا الحية ازاء الجراثيم التي قد تبقى مندفة . فالجرح الرضي الذي يترك امر ترميمه الى الطبيعة وحدها يستدعي ترميمه اياماً وهو اذا عولج بالتنضير يعود جرحاً جراحياً ويتدخل يعضة ايام .

نحل اذن فعل الجراحة السريع محل الطبيعة البطيء . غير ان هذا التوسط يستدعي بعض الشروط واولها ان يقوم بالتنضير جراح ماهر قد اعتاد مثل هذه الامور وان يكون الجرح حديث العهد ونعني بذلك الا تكون قد مرت عليه الا بضع ساعات لان الخياطة الابتدائية فلما تنجح اذا كانت قد مرت ١٢ ساعة على الجرح والمشاهدات التي رواها بعض الجراحين ونجحت بها الخياطة الابتدائية بعد مرور ٢٤ ساعة على الجرح لا تزال نادرة ولا تصح ان تكون مستنداً يستند اليه ومن جملة الشروط ان لا تكون التخريجات شديدة الاتساع وان تكون البنية متينة قادرة على تلقي الصدمة فالجروح العديدة في شخص واحد هي اذن خطرة جداً . ونخشى دائماً المكورات العقدية حامل انتشار التعفنات النتنة او القيحية السريع . وبعد ايراد هذه المقدمة نمر الى وصف التنضير فهو يتضمن :

- ١ - قطع النسيج المرضوخة التي لا يروها الدم جيداً .
- ٢ - نزع الاجسام الغريبة والنسيج التي يتألف منها جدار الجرح لان

فيها جراثيم عديدة . وقد وضع طرز هذا العمل ودقق فيه لامتر وغوديه (Lemaître et Gaudier) منذ سنة ١٩١٥ و اشارا بتعميم طريقتهم .

لا ننكر ان الجراحين العسكريين كانوا جرياً على مشورة مفنشهم لانسبه

ينزعون النسيج الموضوعة قبل الحرب بزمان مديد أملاً بشفاء الجروح المحدثه على حافة الظنبوب برفضة القدم والتي كان يطول امد شفائها ويوقع الجراح في اليأس غير ان هذه الطريقة اهملت ونسجت عليها عناكب النسيان فضلاً عن انه ما من احد فكر في تطبيق هذه الطريقة على معالجة الجروح النارية .

وتضيق الجروح يستدعي معونات جراحية كافية وقفايز وخير ما يصنع في هذه الحالة ان تبدل الآلات مرات عديدة غير انه يصعب ذلك في الممارسة فيكتفى بمسحها برفادة مبللة بالكحول او الاثير .

والاجتناء بالارقاء (hémostase) واجب فعلى الجراح ان ينشف الجرح لان مسحه أي ان يضغطة برفادة ؛ ويلقيها دون ان ينقلها الى مكان آخر لانها تعد ملوثة فالسح يلوث الاقسام الطاهرة .

والتخدير العام واجب واضاءة الجرح ضرورية ولهذا لا يكاد يستغنى عن مرآة الجبهة . واقتان التشريح امر لا مندوحة عنه لكي يتمكن الجراح من الوصول الى الاعضاء بمختلف الطرق متبعاً مسير العامل الراض . اما الطهارة فلا تكلم عن ضرورتها وهي اس عمل الجراح .

يتبدأ بقطع الجلد بعيداً عن حافة الجرح زهاء سنتيمتر وينزع من النسيج الحلوي تحته كل ما لا يبدو سليماً على الا يحرم الجلد بطاقته التي تضمن له التغذية .

وتفرغ جميع الانصبابات الدموية والحثر وتقطع جميع الصفق التي مزقتها العامل الراض ويسترشد في معرفة النسيج العضلي السليم بلونه وادماؤه . العضلة متى قطعت وظهور التقلص الليفي فيها او اختفاؤه متى قرصت . وتستخرج

شظايا العظم الحرة او القليلة الالتصاق التي يشك في حياتها .

وصفوة القول ان تحضير الجرح يجب ان يكون تدريجياً من السطح نحو العمق وان يتبع به مسير الجرح واقتلاعاته . والامر المهم في هذا التحضير هو ان يزال من البويرة كل ما لا قبل له على الحياة ويفضل استعمال المقراض المعقوف ومتى نضر الجرح جيداً وكان الجراح على ثقة من انه نزع كل النسج المتلفة يجوز له ان يخييط الجرح خياطة ابتدائية والافضل ان يترك احفوضاً شعرياً اي خصلة من شعر فلورنسة ولكن حذار من وضع احفوض مطاط . واذا لم يكن على ثقة من انه انتزع كل النسج المتلفة كان عليه ان يترك الجرح مفتوحاً وان يحشوه بالشاش المعقم وان ينتظر ٢٤-٤٨ ساعة ريثما يأتي جواب المخبر عما ارسل اليه فاذا جاء جواب المخبر حسناً ولم تكن جراثيم واذا كانت المعالجة السريرية مرضية يخاط الجرح خياطة ابتدائية متأخرة وافضل وقت لها من اليوم الثالث الى اليوم الخامس ويجوز اجراؤها حتى اليوم العاشر كما ان خياطة كل طبقة على حدة اذا اقتضى الامر جائزة يوماً فيوماً مع الابتداء من العمق الى السطح اي على عكس الترتيب الذي اتبع في التحضير .

اما الاعتبارات بعد العمليات فاذا ذكر منها النقاط التالية يجب تثبيت الناحية او الطرف والامتناع عن التضديد اذا لم تكن حاجة اليه ومراقبة الحرارة التي قد تتجاوز ٣٨ في اليومين الاولين دون ان تكون دليلاً سيئاً متى بقي النبض عسناً واذا ألم الجرح المريض المآ فورياً او شعر بان الضماد يضغطه وجبت في الحال مراقبة الجرح .

فطبيق هذه الطريقة يقوم اذن بامور صغيرة دقيقة وبراقبة عن كسب
يترب على الجراح القيام بها في الايام الثمانية او العشرة الاولى . ولكن ما من ينكر
انها اضمن وسيلة مع الموصول الواقية المضادة للكرزاز والغنرينا لانتقاء
العراقيل الخطرة .

فاذا روعيت هذه القاعدة استفادت جميع الجروح من التنضير ونعني بها
اجراء التوسط في السريع العاجل بعد حدوث الجرح على ان يجريه جراح ماهر .
وان يقوم هو نفسه براقبة الجريح . ولا تشذ عن هذه القاعدة الجروح النارية
الشبيهة بالخرام فان معظم الجراحين يفتحون الجرحى ويستأصلون النسيج
المرضوخة ويخيطون . واذا كان الجرح سطحياً جاز استئصال نسجه كتلة
واحدة كما ينزع الورم . وما يقال في جروح الاقسام الرخوة يقال ايضاً في
الكسور المفتوحة التي تستدعي في معظم الحالات التوسط الجراحي والاجهزة
بامرع ما يستطيع بعد استخراج الاجسام الغريبة والشظايا بحكمة وتأن .

وجروح المفاصل تستفيد ايضاً من المعالجة الجراحية المباشرة . والاستقصاء
في جروح الحجمة لا مندوحة عنه ايضاً . اما جروح الصدر فاذا امتنع فيها غالباً
عن التوسط فان منها ما يستدعيه وذلك متى كسرت الاضلاع وانفتح غشاء
الجنب وفي بعض جروح الرئة .

هذا ما يقال في طرز اجراء التنضير الجراحي واستطاباته والحياطة الابدائية
في معالجة الجروح الحديثة .

واما اذا اتانا الجريح بعد ان يكون قد مرت عليه ١٢ ساعة وكان التعفن

قد ابتداءً فلا يستطيع حيثئذ تنظيف الجرح تنظيفاً آلياً دون التعرض لخطر
العراقيل ولا سيما متى كان التهاب الاوعية اللمفية قد ظهر والانتباج والألم
قد بدا . وخيبة الخياطة الابتدائية تصادف في جروح كهذه . ففي هذه الحالة
لا يرجى من الموضع القيام بتنظيف الجرح بل من عامل كيمائي وافضل هذه
العوامل واعمها استعمالاً هو محلول دكان (محلول تحت كلورية الصوده المحضر
حسب تعليمات دوفران والمستعمل وفقاً لطريقة كرل) الذي يجب استعماله في
جميع الحوادث التي لا يستطيع تنضيرها .

يفتح الجرح ويضمد بالمحلول فيذيب جميع النسيج المائتة ويحترم النسيج
الطبيعية مسهلاً نظافتها ومتى زالت الجراثيم لانها لا تجد بيئة ملائمة لها يخاط
الجرح خياطة ثانوية .

في تحت كلورية الصوده التي تباع في مخازن الادوية القلبي ولحياناً
الكثور الحر فهي اذن مخرشة اشد التخريش متى وضعت على الجرح وقد ابطل
دكان هذا المحذور باضافته حامض البور وتوصل الى تحضير محلول يكاد يكون
دائماً معتدلاً . غير ان حامض البور نفسه قد يكون مخرشاً والمحلول قد لا
يستطيع حفظه طويلاً . وهنا ما حدا بدفران الى التغلب على هذا المحذور ايضاً
باضافته كلورور الكلس وفحمة الصوده وثاني فحماتها وتحضيره محلولاً قاتلاً
للجراثيم بشدة بفعله في النسيج المائتة دون ان يخرش النسيج الحية وغنه بنحس
فهو اذن افضل مظهر للفساد .

ولا بد من بعض الشروط في استعماله وفقاً لطريقة كرل :

١ - يجب ان يلامس المحلول ملامسة وثقى جميع منعرجات الجرح وان يلغم هذه المنعرجات بانابيب مطاط توزعه فيها وفقاً لشرائع الثقل .

٢ - ينقص تكاثف المحلول بسرعة لتدده بمفرزات الجرح ولا تتحدت كلورية الصوده ببولينات (protéines) الصديد والنسج والدم . فيجب تجديد هذا المحلول دائماً على سطح الجرح لكي يلقى تكاثفه واحسداً لا يتبدل وذلك بالتطهير المتواصل او المتقطع المجرى كل ساعة او ساعتين وهذا كاف لفصل الجرح وازالة الدقيقات التي تعوق عمل البلعة وينجم من هذا ان الاعراض العامة المزعجة جميعها تزول بسرعة .

٣ - يابر على استعمال المحلول طويلاً ليلاً نهراً حتى ينظف الجرح نظافة سريرية او جراحية وثبنتها معاينة الكشاة مرات متتابة .

اما الجهاز فيتألف من وعاء يحفظ فيه المحلول وانبوب مطاط يوصل الى الانابيب الاخرى التي توزعه وهي انابيب مثقبة . وطريقة وضع هذه الانابيب لا تخلو من الدقة يجب ان تطبق مباشرة على الجرح لان الشاش او القطن الذي يفصل به البعض الجرح عن الانابيب تنشرب بالمصل الذي تفرزه النسج وتعود كثيمة فيجب اذن وضع الرفادات فوق الانابيب لا تحتها وتراعى في توزيع الانابيب هذه القاعدة وهي ان يغمر السائل سطح الجرح كله . والجروح التي يستطاع املاؤها كالوعاء هي اكثر الجروح ملائمة للتطهير ولهذا تجب اعادة الجروح المزدوجة الثقب جروحاً وحيدة الثقب اذا امكن بسد الثقب السفلي بقطيلة .

ويوضع الجريح في الوضعة الاكثر ملائمة لاجتماع المحلول في الجرح

ويثبت الطرف في جهاز جبس معلقاً وممدداً . ويدل التضميد كل يوم .
والمدة الواجبة لتطهير جروح واقعة في الاقسام الرخوة هي ٨ - ١ ايام
و ١٥ - ٢٠ يوماً متى كان كسر . وكلما اخرجت المعالجة طالت المدة لان
التعفن يكون قد انتشر واشتد .

يلاحظ في البدء ان الرفادات التي تنزع عن الجرح تكون مغطاة بمادة
خائطة منجاية ناجمة من اتحاد الصديد تحت كلورية الصوده ثم تصبغ هذه المادة
اكثر لزوجة وصفاً فشفافة فيكون الجرح قد اصبح صالحاً للخياطة الثانوية ولا
يجوز ان يخاط الجرح قبل التحقق انه لا مكورات عقدية فيه .

ويجب ان تكون الخياطة تابعة للطبقات التشريحية ما امكن فيبدأ اولاً بقطع
حافة الجرح الندية بالمبضع وازالة البراعم اللحمية التي تغطي الجرح والطبقة
الليفية تحتها ثم تبدل الآلات بالآلات جديدة ويسلخ الجلد سائخاً كافياً لتقريب
حافتيه احدهما من الاخرى بدون ان تشدا .

وبعد ان يرقأ الدم ارقاً حسناً تخاط الطبقة العضلية الصفاقية ثم الجلد
او يحضف بشعر فلورنسة .

فاذا لم يطرأ طارئ جديد بل ظل النبض حسناً والحالة الموضعية جيدة
يزال الاحفوض في اليوم الرابع ويندمل الجرح كما بالمقصد الاول واما اذا
احمر الجرح وآلم فتفك كل الغرز او بعضها واذا كانت نتيجة هذا العمل
الاحتفاظ ببعض الغرز وتقريب حافتي الجرح فذلك يكفي لتقصير مدة
الشفاء والحصول على ندبة اجمل من الندبة التي تتجم مما لو ترك
الجرح وشأنه .

وصفوة القول ان معالجة الجروح الجراحية تختصر بالكلمات الآتية:
تعالج الجروح الحديثة غير المتعفنة فقط بالتنضير ونخاط خياطة ابتدائية
مقصودة او ابتدائية متأخرة .

وتعالج الجروح العفنة بالتنظيف الكيماوي اي بمحلول دكان ثم نخاط
خياطة ثانوية .

وتستعمل في كلتا الحالتين المصول المضادة للكزاز والفنغريتا
بلا استثناء .



الاوزون (١) والميزون

Ozone (o3) et Hysone(H3.)

للصيدلي عبد الوهاب القنواقي استاذ الكيمياء في المعهد الطبي العربي

كلما تقدم العلم الى الأمام بسعي الرجال العاملين الذين كرّسوا حياتهم لخدمته ظهر من اسرار الطبيعة التي اتقن الله صنعها ما يقتطف الانسان ثمراته البائنة التي تعود عليه بالفوائد والخيرات الكثيرة . واكثر تلك الكشف تكون على سبيل الصدفة كما هو معلوم اضرب لك مثلاً ايها القارئ الكريم قضية اكتشاف الأوزون واشرح لك ملجته البشرية من الثمار من ذلك الغاز العظيم التأثير الكبير الفائدة في خدمتها .

هو انه على اثر ايجاد الآلات الكهربائية شعر العلماء بانبعاث رائحة حادة تشابه رائحة الفسفور من الآلة وهي في حالة العمل وكانت تزول تلك الرائحة بعد وقوف تلك الآلة وسكونها وقد جرب فان ماروم (Van Marum) سنة ١٧٨٥ تجربة استحصل فيها الرائحة نفسها وذلك انه ملأ أنبوباً طويلاً من البلور بنغاز مولد الحموضة وامر فيه شرارات كهربية متوالية فرأى ان ذلك الغاز يؤثر في سطح الزئبق بشدة وسرعة ويبعث الرائحة الفسفورية الحادة نفسها ولكن بعد ان تسببت مشاهدات فان ماروم هذه زمناً طويلاً فيينا كان شومباين (Schöenbein) سنة ١٨٤٠ يحلل الماء بالكهرباء وجد ان في مولد الحموضة الذي حصل عليه رائحة الهواء المكهرب وقد اكتشف له خاصة جديدة وهي تأثيره في يودور البوتاسيوم

(١) وقد امناه الاستاذ حمدي بك الخياط « الفواح »

وجعل يوده حراً وقد سمي هذا الغاز الناتج الذي لم يزل مجهول تركيبه الحقيقي اوزوناً (ozone) من اليونانية ومعناها (اشم رائحة) وقد كان يظن انه مؤلف من اتحاد مولد الحموضة بمولد الماء بنسبة غير نسبة اتحادهما في تكوين الماء كما انه كان يظن ان الهواء المكهرب الذي استحضره فان ماروم المار الذكر مؤلف من اتحاد مولد الحموضة بالازوت بغير النسب المعروفة في مركبات هذين العنصرين الكثيرة العدد .

وقد ادى الامر الى اعتقاد بعض العلماء مع شومباين نفسه بان الأوزون الذي استحضروه حتى من مولد الحموضة الصافي لم يكن غير مركب لمولد الحموضة مع الاجسام المازجة له والتي تكسبه عدم نقاوة والسبب في هذا الاعتقاد هو حصول كمية زهيدة من الأوزون وبقاء قسم كبير من مولد الحموضة بحالته الصافية وعدم تحويله الى اوزون ولأنهم لم يكونوا يعرفون حينئذ في ذلك العصر قواعد التفاعلات المحدودة بتفاعل منعكس اذ ان الأوزون يتحلل بسرعة ويعود الى اصله بعد تكوينه .

ثم دقق في هذه القضية كل من مارييناك (Marignac) ودولاريف (de la Rive) واستحصلا كمية مهمة من الأوزون من مولد الحموضة الجاف والخالص ولما لم يتمكنوا من تحويله بكامله الى اوزون عاودهما الظن بعدم نقاوة مولد الحموضة نفسه الذي استحصلاه باعتناء زائد ونقاوة ممكنة . وقد اتفقا عملهما هذا بعض معاصريهم فأجابا على ذلك اننا استحصنا اوزوناً اكثر من غيرنا من مولد الحموضة الجاف والتي بقدر الامكان على انه اتقى بكثير من مولد الحموضة الذي كان يستحصل عادة بأقل عناية .

ولكن العالمين فراي (Framy) ويكريل (Becquerel) حولاً حجماً معيناً من مولد المحوضة تحويلاً كاملاً إلى أوزون وذلك باستنشاقه حالماً يتكون من قبل الزئبق . وحينئذ اجابا عن الانتقادات الموجهة إلي غيرهما بقولهما لو كان الأوزون حاصلًا من اتحاد مولد المحوضة بمواد مازجة له تعيده غير تقي لا تقتضي ان يتركها حينما يتحد بالزئبق ولوجب ان تكون تلك المواد حرة ولا يمكنها ان تعود فتؤلف كمية جديدة من الأوزون .

ولكن اذا لم نستطع الاجابة عن تساؤلة مستحضرنا مولد المحوضة بصورة مطلقة فالتناوء كد أن عدم التقاوة اياً كان مقدارها لا تساوي كمية الأوزون الناتجة التي تكبرها بكثير من المرات .

وما زال يعملان في تكوين وتحليل حتى توصلًا إلى الحقيقة الناصبة وهي ان الأوزون ليس الامر كبا من مولد المحوضة الخالص المتحد بنفسه بغير النسبة الموجودة في الهواء وفي مولد المحوضة الخالص الاعتيادي وان ذرة الاوزون الناتجة هي ثلاثة جواهر مولد المحوضة وذرة مولد المحوضة الاعتيادي هي جوهران فقط وقد اعطيا الأوزون رمز (O₃) والاكسجين الاعتيادي (O₂) وقالوا ان الاوزون هو شكل من اشكال مولد المحوضة الكثير التصور .

يتكون الأوزون وحصوله : يتكون الأوزون في الهواء بسبب الاحتراقات اللائمة التي تحصل على سطح الارض وبسبب التصعدات الكهربائية الدائمة الحصول في الهواء بالنظر الى تموجته وتلاطمه اللائمين كما انه يحصل من التأكسيدات البطيئة كتأكسد الفسفور بلامسة الهواء فرائحة الفسفور الخاصة التي نشعر بها حينما تقرب قطعة فسفور ليست رائحة الفسفور ذاته لان

الفصل فوراً رائحة له بل هي رائحة الاوزون الذي ينتج من ذلك التأكسد البطيء .
ويتكوّن من الاشعة ما فوق البنفسجي وبلازمة المواد
المشعة كالراديوم والشرارات الكهربائية التي تحصل في اثناء سير
الحفلات ويكثر حصول الأوزون في اطراف شجر الصنوبر .

اما اسباب تكونه فهي تأثير التصعدات او الشرارات الكهربائية والحرارة
الناجمة من التأكسد او من اي سبب آخر في ذرة مولد الحموضة الواحدة وفصل
جوهرها احدهما عن الآخر وانضمام الجوهر المنشق عن ذرته بعد مصه لتلك
القدرة التي سببت انفصاله وبلها . فتكونه اذاً فعل كيمياوي خافي الحرارة
ومثل هذه المركبات تكون سريعة التحلل وحينما تحلل تعيد القوى المستعارة
التي كانت ادخرتها في جواهرها ولذلك نجد في مثل هذه المركبات من الصفات
والخواص ما لا نجد فيها وهي على غير حالها هنا مثال ذلك لا يستطيع مولد الحموضة
الهوائي المولدة ذرته من جوهريّن التأثير في الزئبق على ان الأوزون يؤثّر
فيه بكل سهولة ويكون اكسيد الزئبق مستعينا بالقوة المدخرة المستعارة التي
تقدر بـ (٣٠٦٧) « كالوري » كبيرة لكل ذرة من ذرات الأوزون .

يتحلل الأوزون بكل سهولة بلامسة المواد العضوية ويتحول الى مولد
الحموضة الاعتيادي ناشراً تلك الحرارة لذلك يخربها تخريباً عظيماً ويبدد جميع
الجراثيم الهوائية التي لولا الأوزون المتكون في الهواء والتحلل بعد تكونه وتغريبه
لما ابقى عامل السل ولا غيره من الجراثيم المؤذية انساناً ولا حيواناً وهكذا
فنحن ننام وعين الله تحرسنا ، نحن لاهون والحالت يحفظنا من كل ضير
وأذى بما اعدّه لنا في هذا الكون من التدابير التي يدركها العلماء بواسطة العلم
فيتوصلون به الى حقيقتها وما العلم الا قبس من نور الله ...

ماذا جني العلم والعلماء من الثمرات بعد استحصال الأوزون ؟ :

الأوزون مطهر قاصر وموء كسد عظيم ودواء قيم ؛ يستعمل اليوم لتطهير الهواء وإصلاحه في الأماكن الكثيرة الازدحام بالناس وهو يزيل الروائح الكريهة النتنة ويقتل الجراثيم ، ويستعمل في تطهير غرف المرضى وحوائجهم ولا سيما في تطهير مياه الشرب لأنه ينقيها ويقتل جراثيمها أيضاً ولو كثرت وتنوعت ويعدل سمومها ويوجد لهذه الغاية في فرنسا شركتان كبيرتان تدعى الأولى شركة (Oto et Marmier Abraham) والثانية (Savador) ويكفي لكل لتر ماء ملوث ٠٠٠٠٦ غراماً من الأوزون لقتل جميع جراثيمه أيضاً إيا كانت أنواعها ففي ليل كل يوم يبقى في باريز ٢٠٠٠٠٠٠ متر مكعب من الماء بواسطة الشركة الأولى .

ومن حسناته انه لا يترك أثراً ولا يخلف طعماً ولا رائحة

كان يرد قبل الحرب العالمية ماء فيشي أو غيره من المياه المعدنية فتجده فاسداً في قواريره ينشر رائحة كريهة منتنة والسبب في ذلك تكاثر الجراثيم فيه وفسادها لبعض مواده ؛ وقد قبض لي أن زرت سنة ١٩٢٥ بلدة فيشي ومعاملها فوجدتهم هناك يغسلون القوارير بالماء الأوزوني أي المشبع بالأوزون ومنذ ذلك الحين لم تقدم مياه فيشي تفسد في قواريرها لأنها أصبحت بفضل الأوزون معقمة يمكن حفظها طويلاً من غير أن يطرأ عليها أدنى فساد .

أما كونه قاصراً أي مزيلاً للالوان فيستفاد منه في قصر العاج والحريوريش الطيور وجميع النسيج على اختلاف أنواعها وإزالة لون الشمع الصلي . ويستعمل كموء كسد في تحليل البيذ فيحول البيذ بسرعة عظيمة إلى خل

موء كسداً الكحول فيه ومحولاً اياها الى حمض الحل . وينتجى بعض المشروبات الفاسدة الرائحة فيصلحها .

ومن خصائصه ان القهوه والتبغ في ملاسة غاز الأوزون يكتسبان رائحة طيبة وطعماً لذيذاً وهكذا يمكن حفظ اللحوم واللبن والمشروبات والمأكولات من الفساد في الهواء الأوزوني .

ويستفاد منه كدواء ناجع في القشي الطاريء اثناء التخدير بالككلوروفورم أو الأثير في اثناء العمليات الجراحية وفي التسمم بغاز أكسيد الفحم وغاز حمض كبريت ماء فينقذ حياة المسمومين ويعيد اليهم الحياة . وهو دواء قيم في امراض الصدر عموماً ولا سيما السل الرئوي وما فائدة اخراج الصنوبر للمسولين الا لانهم يستشقون الأوزون المنبعث بكثرة منها والمعتز به الهواء فيصل الى اعماق رئاتهم ويقتل عصيات كوخ فيها ويعدل سمومها ولا يستطيع اي علاج آخر ان يعمل عمله ولا ان يصل الى الامكنة التي يصل اليها هنا ما جناه العلم والعالم من اكتشاف الأوزون ولا ندري ما سيأتي به المستقبل .

وارى من المناسب ان اذكر الى جانب الأوزون الهيزون الذي توصل اليه العلم اخيراً مقطوعاً ذلك من مقالة في مجلة الكيمياء والصيدلة الفرنسية بقلم العالم بلوك (M. J. Leboncq) للمقابلة بين الجسمين فأقول :

من المعروف حتى الآن ان ذرة مولد الماء مؤلفة من جوهرين فردين وكل جوهر منهما مكون من بروتون يحمل الكهرباء الموجبة ومن الكترون يحمل الكهرباء السالبة . ولكن عرف اخيراً انه من الممكن الحصول في بعض

الاحوال على مولد الماء بشكل جوهر واحد وفي بعض الاحوال الاخرى الحصول على مولد الماء بشكل ثلاثة جواهر في كل ذرة وهما يتصفان بخواص مهمة جداً جدية بالمطالعة :

يظهر من تجربات طومسون (Thomson) التي تويد تجربات ديمستر (Dempster) ودوان (Duane) وواند (Wendt) من جهة وواند ولاندوفر من جهة ثانية ان الاعتقاد بمولد الماء الثلاثي الجوهر (H_3) المشابه للأوزون (O_3) اصبح جائزاً وقد درس هذه القضية علماء اخرون كنيومان (Newmann) وفانكاتارامياه (Venkataramaiah) وغروب (Grupp) وبانيت (Paneth) وأنديرغ (Anderegg) وهير (Herr) الخ . واستحضروا مولد الماء من هذا النوع سواء باستعمال اوزونيزور بجمارة واطئة او باحراق مولد المحوطة في مولد الماء او برجم مولد الماء نفسه بجسيمات (A) من اشعة الراديوم او بتأثير قوس كهربية حاصلة بين قطبين من الفضة في وسط من مولد الماء . فمولد الماء المستحضر بالصور السالفة والذي سمي بالهيزون يتصف بفعل عجيب لأنه يتحد بالدرجة الاعتيادية من الحرارة بالكبريت مباشرة ويؤلف معه حمض كبريتاء (SH_2) ذاك الاتحاد الذي لا يمكن حصوله مطلقاً من مولد الماء الاعتيادي وقد كان له في المخابر شأن كبير من جراء خواصه هذه الجديدة وسهل كثيراً من العمليات الكيميائية التي تتطلب مولد الماء الفعال بهذه الصورة .

ولكن جاء بحث جديد للعالمين سمول ود (Small Wood) واوري (Urey) بإبنا فيه قلة احتمال تكون مولد الماء الثلاثي الذرة واستحضاره بصورة كيدة

وقد توصلنا بعد ان اعادنا تجارب عديدة الى الحكم بان استحضار مولد الماء بهذا الشكل لم يكن مستطاعاً في الوقت الحاضر على ان هذه القضية لم تزل على بساط البحث نبحث فيها القموض .

مولد الماء الوحيد الجوهر يعود اكتشاف مولد الماء الوحيد الجوهر الى العالم الاميركي ايرفينغ لانغموير (Irving Langmuir) وذلك بعد تحريات دقيقة جداً بدأ بها سنة ١٩٠٩ في ذلك التاريخ كان يلاحظ لانغموير ان اسلاك التوفوستين في انابيب كولديج (Cooldige) التي تغذى بالجريان المتقطع تصبح هشة (سريعة الانسحاق) وقد افكر باديء ذي بدء ان السبب في ذلك يعود الى اثر غازي في تلك الانابيب فاحلها ولاحظ ان تلك الاسلاك كانت تنشر غازات لا تكاد تعرف . وقد ثابر على تحرياته هذه في السنين التالية ثم عن له ادخال غازات مختلفة في تلك الانابيب فشاهد ان مولد الحموضة يولد مع التوفوستين بلاماء التوفوستين وان الأزوت يولد آزوتون التوفوستين الطيار واما مولد الماء فيأخذ صفات مغايرة لشخصيته كل المغايرة لان قسماً منه كان يمتصه المعدن وكان يحوز على نشاط كيمائي عظيم قبل برودة اسلاك التوفوستين برودة كاملة وبعدها فقد كان يتحد مباشرة بمولد الحموضة ويولد الماء في الدرجة الاعتيادية من الحرارة . ولايضاح هذه العلامات كان يحجب عليه ان يقبل بحدوث تغيرات جوهرية في مولد الماء تحت تأثير الحرارة العالي وقد كان حيثئذ يتخيل احدا من اما حصول مولد الماء الثلاثي الجوهر او مولد الماء الوحيد الجوهر .

اختار لانغموير الشق الثاني من تخيله معتمداً على المشاهدات الاتية

التي تؤيد فكرة تكوّن مولد الماء الجوهري اي الوحيد الجوهر .
 ان ضياع حرارة الاسلاك في جو هيدروجيني كان سبباً في ذلك الاعتقاد
 وهو يتطلب والحالة هذه ان يكون عدد الجواهر الموجودة في تلك المنطقة
 اكثر في الضغط الخفيف منه في الضغط الجوي الاعتيادي ، فهذه العلامات
 توافق تحليل مولد الماء التدري الى مولد الماء الجوهري وفقاً لقانون تأثير
 الكتل القائل :

ان درجة تحليل غاز ما الى جوهره يجب ان تكون في الضغط الضعيف
 اعظم منها في الضغط المرتفع واما الأمر فهو على العكس باتحاد الجواهر وانقلابها
 الى ذرات وهذا امر حقيقي .

واخيراً بسبب اسوداد الانابيب كولدنج اجرى لانقموير تحريات جديدة
 بالذكر .

وهي ان الانابيب المملوءة بغاز مولد الحموضة او الأزوت او مولد الماء او غيرها
 من الغازات لا تسود وعلى العكس ان الانابيب تسود بوجود بخار الماء والسبب
 في ذلك كما بينه :

ان الماء يتحلل الى عناصره بلامسة اسلاك التوفوستين المتشعبة
 فأكسجين الماء يتحد بالتوفوستين ويؤلف معه أكسيداً طياراً يرجعه
 مولد الماء الجوهري ، فيشاهد حينئذ راسب اسود من ذرات
 معدن التوفوستين الحر على جدران الانابيب واما مولد الماء التدري فلا يستطيع
 ارجاع هذا الأكسيد :

تطبيقات ، ولد الماء الجوهري واستعمالاته : اللحم بلهب مولد الماء الجوهري لم تلبث قضية انفلاق ذرة مولد الماء الثنائي الجوهر الى مولد الماء الوحيد الجومر حتى وجدت حظها من الاستمالات والتطبيقات العملية وذلك بايجاد حملاج مولد الماء الجوهري ولا سيما في لحم اجزاء المعادن بعضها ببعض وواضع هذه القواعد هو العالم لانغوير ايضا .

قاعدة : ان تحلل مولد الماء الذي الى جواهر فردة يمتص قدرة عظيمة جداً وفي اثنا اذ هذه الجواهر المنفك بعضها عن بعض لتكوين الذرات تنشر تلك القوة لمنصة بشكل حرارة فتبعث حرارة عظيمة جداً .

لقد اوجد حملاج مولد الماء الجوهري بأشكال مختلفة وقد صنع منه في الوقت الحاضر نماذج عديدة اساسها واحد وهو ايصال مولد الماء تحت ضغط ضعيف بان يفتح في منتصف القوس الكهربية الحاصلة بين قطبين من معدن التوفوستين مائتين متجه احدهما الى الاخر على شكل زاوية حادة فينجس مولد الماء بينهما . فتشقق ذرته بقوة القوس وينفرد كل جومر من جواهرها بعد ان يكتسب من القوس قوته العظيمة . ويوجد ايضا حملاج بثلاثة اقطاب ، مستعد للتغذي من جريان مثلث (triphasé) .

ويمكن تشغيل الحملاج بالجريان الدائم بقوة (٢٥٠) فولطاً ولكن الأحسن تشغيله بالجريان المتقطع .

يجب ان تكون تجهيزات اللحم منزلة عن الارض لصيانة العمال من الخطر ويجب بصورة عامة ان تكون قوة الجريان المستعمل مناسبة لثخن المعدن المراد لحمه .

تطبيقاته : يمكن بواسطة الحرارة العظيمة التي تحصل من حملاج مولد الماء الوحيد الجوهر لحم قضيين من الحديد بشحن مختلف ويمكن ايضاً صهر (اذابة) معدن الموليبدن الذي ينصهر بالدرجة (٢٦٢٧°) ومعدن التونفوستين الذي ينصهر بالدرجة (٣٤٨٧°) بتقريبهما من القوس .

حملاج مولد الماء الجوهري يلحم قطع الحديد من غير ان يسودها ويلحم خلائط الكروم والالومنيوم والسيليسيوم والتونفوستين من غير ان يوكسدها لان لمب مولد الماء مرجع عظيم .

فاذا قابلنا قوة الحرارة في مصباح بوتزن بلهب حملاج مولد الماء الجوهري انجد ان الحملاج المذكور يفوقه بست وعشرين مرة ولذلك تنصهر المواد الصعبة لأنصهار كالكلبس (cao) والمائيزا (Mgo) واكسيد الطور يوم النخ . وبعضها يتبخر ايضاً .

والخلاصة : ان اكتشاف مولد الماء الثلاثي الجوهر الذي يخدم المخابر خدمات جليلة لم يتحقق امره بعد بصورة اكيدة على الرغم من التجارب العديدة التي نشرت بهذا الخصوص . واما استحضار مولد الماء الوحيد الجوهر الذي دخل في حوزة العمل واكتشاف لانعموير فيعود على الصناعة بمخيمات جليلة لايجاده حرارة عظيمة جداً تستخدم في لحم المعادن التي لا يمكن لحماها بحملاج الأكسجين او بحملاج الأستيلين لعدم كفاية حرارتهما لصهرها .

ويجب ان نذكر ان حملاج مولد الماء الوحيد الجوهر يختلف اختلافاً كلياً عن الحملائج الأخرى لأن الحرارة فيه لا تحصل من نتيجته احتراق كما

هو الحال في غيره بل تحصل من نتيجة اتحاد الجواهر المختلفة وتكوينها للذرات
وفي الختام لنذكر ما يجب علينا نحو لانعموير ، تقديرأ لعمله وتخليدأ
لأنه لنذكر درسه النظري العظيم الأهمية في بنية الجوهر الفرد ، وإيجاده
المصاييح ذات الجو الازوتي التي تفوق بمئاتها وقوة نفوذها وفعلها مصاييح الخلاء
والمصاييح المستعملة في التنظر (راديو سكوبي) والتلغراف الاسلكي .

فبارك الله بالعلم والعلماء العاملين والهمنا تتبع خطابهم بما يفيدنا في تقدم بلادنا
وانجاحها والله من وراء القصد .



الآراء الجديدة عن ترتيب السطح التنفسي

للدكتور شوكت الشطي الاستاذ في معهد الطب

تناقش النسيجيون والحلقيون حديثاً في امر السطح التنفسي وحقيقة تركيبه وطبيعة سترة السنوخ الرئوية في الانسان والحيوانات اللبونة وقد قامت في وجه الآراء الدرسية الحاضرة صعوبات يصير معها تحليل بعض المسائل المرضية والحلقية والنسيجية .

لنبحث اولاً في الرأي المدرسي القائل بان سنوخ الرئة مغطاة بمدرعة (اباتيوم) متواصلة وتشبه الرئة جريباً على هذه النظرية غبدة عقودية يتم غوها ببراعم متعبة . وما السنوخ الا عبات الغدة الرئوية يملأ الهواء لمعتها ويمثل مدرعة السنوخ المدرعة المفروزة ويدعي القائلون بالرأي المذكور ان اباتيوم في سترة السنوخ مؤلف من عناصر خاصة تبدلت صفاتها البشرية بتأثير التطابق الوظيفي . ويستر السطح الرئوي صفائح هبلية كبيرة نحيفة جداً مؤلفة من خلايا اباتلية شديدة التسطح وخلايا منواة تضجع بعض هذه الخلايا كما تضجع الكريات الحمراء وخلايا الجسم البلوري نواها بعامل التطابق الوظيفي ايضاً فتكون الصفائح فاقدة النوى وشكل هذه الخلايا المنواة الصغيرة مضلع او مكعب نواها شديدة الوضوح تبدل بعد حين الى صفائح لا نوى فيها .

وتستقر الخلايا المنواة والصفائح الفاقدة النوى على صقل السنخ الضام العرقي . ويبقى هذا الصقل مفصلاً عن الهواء الخارجي بطبقة اباتلية دقيقة جداً . (وهي طبقة الصفائح) وتتم المبادلات الغازية بين الدم والهواء من خلال غشائين : غشاء العروق الاندوتيلالي وطبقة الخلايا التنفسية . ولا يلاص

السنخ نسيجه الضام او اعضاء العروق الدموية مطلقاً بل يبقى بينها فاصل ابدى وهو الغشاء الابطليالى وتستند هذه النظرية الى الصور المستحصلة بالتضريح بازوتاة الفضة وحماها هم ايرت (Eberth) والآنز (Elenz) (١٨٦٤) وشميد (Schmidt) (١٨٦٦) وكان فيلمن (Villmin) يقول قديماً ان السترة الابطليالية تنتهي بعد القصبيات (branchioles) وان الهواء في النسيج الرئوي يلبس نسيج الصقل الضام وضمن العروق الشعرية ملامسة مقصودة .

وقد اخذ بعض المؤلفين اليوم يعود الى قبول اراء فيلمن القديمة .
نعد الى الصفائح الفاقدة النوى يقول عنها حماة النظرية المدرسية انها ناجمة من تحول الخلايا المنواة الصغيرة . ولو دققنا في الامر لوجدنا ان في هذه الاء شططاً وانه لا يجوز تشبيه الكريات الحمراء بالصفائح الفاقدة النوى لان الاشكال المتوسطة بين الكريات الحمراء المنواة المضغية والكريات الحمراء الكهله كثيرة في حين ان مثل هذه الاشكال لم تشاهد بين الخلايا الرئوية المنواة والصفائح الفاقدة النوى .

تبدو الخلايا المنواة منتشرة في سطح السنخ وليس متواصلة اما الصفائح الفاقدة النوى فهي خيال ولا اثر حقيقي لها ويلامس صقل الرئة الضام الهواء ملامسة مقصودة . وكانت الفكرة السائدة ان النسيج الضام لا يعيش بلامسة الهواء ولا بد من وجود طبقة بشرية بينها وقد ثبت اليوم ان هذا خطأ لأن مستنبتات النسيج الضام تنمو بلامسة الهواء وتنمو البراعم اللحمية في الجروح المعرضة للهواء مدة طويلة ويستنتج من ابحاث ج . سيان (G. Seeman) المجرة في منجر آشوف (Aschoff) ان النسيج الضام يتكثف في الرئة بلامسة

الهواء فيكون قشيرة (cuticule) مقاومة . وليست هذه الفكرة مهمة من الوجهة النسيجية فحسب بل من الوجهتين الخلقية والمرضية أيضاً فتعرف بذلك كيفية وقوع المبادلات الغازية وسهولة حصولها اذ ليس على الغازات الا ان تتجاوز عضد العروق الأندوتليالي وقشيرة ضامة وكلاهما دقيق جداً .

وتساعد هذه الفكرة الضامة على تليل السرعة التي يتم بها تعضي انسكابات المصورة والدم في السنخ ولو كان هنالك طبقة بشرية لما تم ذلك بهذه السرعة الغريبة .

ويمجدربنا ان نعدالرئة في الانسان والحيوانات اللبونة مكونة من نسيج ضام وعائي وان تفاعلها المرضي يشبه تفاعل الطحال المرضي اكثر من عضو بشري .
طبيعة خلايا السنخ النواة الصغيرة : لقد اتفقت اراء المؤلفين على عدالصفائح الناقدة النوى مصطنعة ووهمية وليست الآراء مجمعة على طبيعة الخلايا الصغيرة وعما اذا كانت ابتليالية ام ضامة .

يعتقد سيمن ان هذه الخلايا اخوات خلايا القصبيات البشرية ولكنها لا تكون في السنخ سرة متواصلة بل تبدو مبعثرة . ويقول الآخرون انها ضامة من زمرة البلعمات الكبيرة او خلايا اشوف النسيجية او كثيرات التصوير (polyblastes) لما كسيموف . وقد ظن بعض المؤلفين ان الخلايا الصغيرة ليست الا خلايا اندوتليالية هاجرة من العروق الشعرية الرئوية على ان هذا الرأي مردود لان خلايا الرئة الاندوتليالية ليست مضغية كخلايا الكبد الاندوتليالية وليس لها طاقة على البلعمة بخلاف الخلايا الصغيرة فان قوتها البالغة شديدة وهي التي تكون الخلايا ذات الغبار . ويدوفها كما يرى في الخلايا الضامة ابر دقيقة من

الحوامض الشحمية ومكتنفات حديدية وشحمية بشكل قطيرات صغيرة وتشبه بذلك الخلايا الضامة الواقعة في وسط الحجب ما بين السنوخ . وتبعد بعكس ذلك كثيراً عن صفات الخلايا الابتدالية . وفي كل حال يصعب الحكم في ذلك حكماً لا يقبل النقد . فان الأدلة التي أبانها المؤلفون توضح التباين بين صفات الخلايا البشرية والخلايا المنواة التي نحن بصدددها ولكنها ليست كافية في الوقت نفسه للجزم بان طبقة هذه الخلايا ضامة . وان الجزم لا يخلو من نقد ولا تقوم عليه ادلة مقنعة على ان بوليكار (Policard) هو من كبار الباحثين النسيجين الخلقيين بصرح بقبول الفكرة الضامة ورأيه حجة .

الاستنتاجات : ليست السنوخ مغطاة بمدرعة متواصلة ويلامس الهواء النسيج الضام قصداً . اما الخلايا الصغيرة فمشكوك في امرها وقد قامت ادلة قوية ترجح انها ضامة لا بشرية .



الهواء النقي مباح لجميع الناس بلا ثمن

للدكتور البرت هو يارد

ترجمة الدكتور كامل سليمان الخوري (مؤكلن نيويورك)

قال احد مشاهير الاطباء في مينيزوتا (Minnesota) : ان عدد النساء اللواتي يذهبن الى المستشفيات للاستشفاء بالنسبة الى الرجال هو كنسبة ثلاثة الى واحد . وهذا الفرق ينشأ بالاختصاص من ان النسوة يصرفن معظم اوقاتهن في البيوت حيث يشتنقن هواءاً حاملاً غباراً ومشحوناً حامضاً كربونياً ، ذلك مما يؤدى الى اضعاف حالتهم الحيوية . ومعلوم ان الحياة كلها هي عبارة عن جهاد وكفاح بين قوى الحياة وقوى التحليل والذئور .

على انه لحسن الحظ توجد ملايين من الاحياء في كل جسم بشري ، لا عمل لها سوى المكافحة والدفاع لاجل ديمومة الصحة . فلما تكون جيوش الصحة هذه في حالة حسنة ، نكون نحن على احسن حال ، ولكن اذا كانت الجراثيم المؤذية اي جراثيم الملل اكثر عدداً من احياء الصحة رجحت كفة الميزان مع تلك فيحل اذ ذاك بنا الضعف وننوء بالمرض ، ولا تعتم المنية ان تشب فبنا مخالبها ؟

فالهم اذاً هو ان نستمر في حالة الاستعداد للدفاع دائماً ، اي ان تكون قوى الدفاع فينا في حالة حسنة ومرضية . قال الدكتور ويرميتشل وهو من اشهر نطس الاطباء في العالم : ان ما ندعوه امراضاً ليس الا اعراضاً

لاحوال وظروف مختلفة ، اذا اتنا اذا تركنا حالة الانسان الحيوية تتحط وتتأخر الى درجة ما نكون قد جعلناه على اتم استعداد لقبول اشكال الوهن التي نطلق عليها اسم ادواء وعلل وامراض ووعكات .

. . .

فالمرض اذا ليس الا عبارة عن اجتهاد او بالحري جهاد تثيره الجراثيم الويلة على الانسان لتجره الى ما يقابل حالة الافلاس في الاشغال ، ثم تقيم هي نفسها مقام المستلم او الوكيل المتصرف وتتصرف كيفما شاءت وشاء هواها رادة كل طلب لا يوافق مصلحتها ومراقبها .

ومن البديهي ان الانسان حيوان يستنشق هواً ، وهو يبدأ بالتنفس حالما يولد ، واذا كف عنه التنفس مدة اربع دقائق مات حالاً فطارت روحه الى خالقها وعاد جسده الى العناصر التي قد تركب منها .

فسلامة البدن اذن تلبث على اتمها طالما يتسنى للدم ان يتأكسد بواسطة التنفس ، ومعلوم ان الهواء الخارج من رئائنا يكون محملاً حامضاً كربونياً ، وهو غاز يحوي سمّاً زعاقاً .

كل الاشياء في العالم تقع تحت ثلاثة اشكال : غازية ، وسائلية ، وصلبة . وكل جسم منها يتنقل من حال الى اخرى .

خذ مثلاً لذلك نفاثة الصدر اي مادة البصاق ، فانها تكون اولاً سائلة ، واذا تجف في الهواء تنقلب صلبة ، ثم تسحق ناعمة تحت اقدام الناس وتنتشر غباراً دقيقاً اي بجالة تكاد تكون غازية .

. . .

فالمهواء الخارجي اذ يكون في حال حركة مستمرة يكاد يكون دائماً في حالة نقية . وهناك حيثما تهب الرياح ، وتجري المياه تقية يمكنك ايها القارىء العزيز ان تجد صحة . فالحركة والنشاط هما سر الحياة العظيم . كل شيء تراه بمرور ، فالحركة اذاً ابدية ولا شيء يستمر على حالة واحدة بل يتغير .

فالمهواء داخل الغرف يكون تقريباً بحالة سكون وجود ، اذ ان الجدران تمسكه راكداً ، ونحن نتنفسه ثم نعود الى تنفسه ثانياً وثالثاً ، وهذا ما حلنا « بسيتون تومسن » الى القول : ان نصف امرأتنا في رؤوسنا ونصفها الثاني في بيوتنا .

ففي الشتاء نضاعف درف نوافذ بيوتنا وابوابها لنجعلها في غاية المثانة لمقاومة الرياح والعواصف . وهاته الحيلة ينشأ منها بقاء المهواء النقي خارجاً ، والمهواء الفاسد داخلياً .

فحالتنا الان لم تتغير كثيراً عما كانت عليه العادة قديماً في المزارع حيث كانت تقام سدود وحواجز وركام من السماد حوالى البيوت ، وتسمر وتسد باحكام كل الشقوق في الابواب ، وتدخل قصاصات قماش في كل ثقب وصدع من قالب النافذة ، ويمكن جيداً الى ان يأتي الربيع .

وهذا ما يجعل افراد الاسرة لا تستغي عن الطيب .

فالتكاف (ابو كعيب) ، والحصبه ، والشرق (السعال الديكي) والحصى البنية والمتقطعة ، وانواع الزكام ، وذات الرئة ، والعصاب الوركي ، والحمى والرمم الحبيبي ، والرشح وامثال هذه تعقب تحفظات مثل التي ذكرنا .

. . .

وبديهي ان المرء لا يستطيع الاقلام على عمل مساهم وهو مصاب برشح في رأسه ، ويعجز عن حل مسألة ما او توليد فكرة وقد اعتراه الربو . فالتنواي في الحفرتين الانفييتين ، وضخامة لوزتي الحلق (بنات الاذن) ، واختلال السمع والحسركلها تنشأ غالباً من اهمال الشرائط الصحية التي تضعف البدن فتنشب فيه جراثيم العلل برائنها . فالتهاب الزائدة الدودية يعقب اختلال الدورة ، وعدم انتظام الاطراح مع ما يعقبه من الضغط ، ثم يتلو ذلك الاحتقان ثم الالتهاب مما يستدعي اخيراً سكين الجراح قصد انقاذ الحياة .

اذن فالهواء هو الحياة ، فاننا نستطيع المكث بلا نجرع ماء ستة ايام ، ويمكننا ان نلبث على الطوى اربعين يوماً . بيد اننا لا نقدر ان نبقي بدون تنفس اربع دقائق .

وعليه فلكي نكون اقوياء واصحاء المزاج ، وسرورين في عيشنا ، ونشاطاً في اعمالنا ، يتحتم علينا الانحيد قيد شعرة عن القواعد الصحية في عاداتنا فانما الاشخاص الاصحاء هم وحدهم حسان المنظر ، وتستحب معاشرتهم ، ويرغب في قربهم .

. . .

اننا نأكل قسماً من الاقذار ، ثم نعسود فناكل قسماً آخر ، ولربما لاحرج علينا في ذلك ، بيد اننا لا نستطيع ان نتنفس قسماً من الاوساخ بدون ان نمخل وظيفة خلايا رئاتنا . ثم يعقب ذلك حالة يكون فيها الدم عرضة لاختلال التأكسد . وحينذاك تثب جراثيم التدرن وثبتها المشهورة ، وتبعث

بافرازاتها السامة تصمي براعيم الحياة . فيحصل في البدن ما يدعى بالصدر او التدرن او السل .

هنا ما كشفه لنا العلم الحديث من لزوم نقاء الهواء للجسم البشري . ومغزى كل ما تقدم هو هذا : جرب ان تستعمله ايها القاري العزيز .

(المعرب) فما قول كاتب المقال لو كان علماً همالاً اكثرين في بلادنا الشرقية لطرق تجديد الهواء ومنفعته للجسم البشري؟ انذ كر انني كنت انصح لوالدة ان تجدد هواء الغرف لأجل صحتها وصحة طفلها المولود جديداً ، ولكنها لم تكن لتصغي ابداً الى كلامي ، وبعد بضعة اشهر اعتري طفلها الخرع (rachitisme) مما استدعى استئصال طحالها ، واخيراً انتهت حادثته بان قضى باختلاط رئوي ، وعند فتح الرمة وجدت عصابات التدرن في صدره . اما الام فكانت دائماً شاحبة اللون فقيرة الدم ، عرضة لنوب عصبية ، واعراض معدية ادت الى حصول قرحة الاثني عشري فيها ، ولا تزال الى الان تحتل الآلام ، كل ذلك في اعتقادنا نشأ من اهمالها النظم الصحية واهمها الرياضة البدنية في الهواء الطلق .



خلاصة مؤتمر بوردو

الصداعات

« ٥ »

للكتور انستاس شاهين

رئيس شريريات امراض الاذن والانف والحنجرة

الصداعات الناشئة من اسباب انفية مبهمه

لقد ذكرنا في بحثنا السابق مجمل امراض الانف والجيوب التي من شأنها ان تكون سبباً للصداعات ولم يبق علينا الا تمام بحث الصداعات الناشئة من اسباب انفية الا بعض الامام التي وان تكن انفية المنشأ يصعب كثيراً على الطبيب تفسير طريقة حصولها وكيفية انتشارها فيخطئ غالباً في طريقة مداواتها لان بعض اعراضها الظاهرة تبعده كثيراً عن قصده فهي اذا صداعات ناشئة من اسباب انفية ولكنها اسباب مبهمه .

فالمرضى المصابون بهذه الصداعات قبل ان يستشيروا الطبيب الاختصاصي يأتون عدة اطباء ويستعملون معظم ما في مفرحات الطب من الادوية المخدرة والمسكنة للالام العصبية ويكون الشك في مقدرة الطب على شفايتهم قد بدأ يتسرب في نفوسهم

فلا يجد الطبيب الفاحص فيهم اقل آفة في الجيوب الوجهية الامامية او الخلفية ولا اي اختلال في تركيب الانف . وعلى الرغم من انحصار الالم في ناحية الجيب

الفكي او الغربالي او الجبهي وانسكاب مفرزات مخاطية او مخاطية قيحية من المنخر
الموافق لناحية الألم قلت على الرغم من هذه الاعراض الظاهرة والمشيئة الى آفة
في الجيب نستقصي في غور الجيب بالوسائط المختلفة كالنور والبزل فلا يدونا
شيء بل ثبت ان ليس هناك آفة في الجيب . ولولا المداواة لكان بإمكان
الطبيب المتخصص ايضاً ان يحدو حذو من سبقه من المعالجين ويلجأ الى المسكنات
العامة ولكن حيرته امام هذا الألم المبهم تتبدد بسهولة عند وضعه في الانف
علاجاً مخدراً يزول الألم على اثره ويشفى تمام الشفاء فهذا دليل قاطع على ان
هذا الصداع ناشئ من الانف او من جيوبه .

واغلب المرضى المصابين بهذا الصداع هم من النساء . والألم فيمن متواصل
تخلله نوب شديدة فيشتد الألم في ميعاد الطمث او في الايام التي تسبقه او
تليه ومتى استلقت المريضة على ظهرها أو مكثت في غرفة حارة أو أتت أي
حركة فجائية ومريضة . والانفعالات النفسية الشديدة تسبب ايضاً اشتداد
الألم وتكرر نوبه . واذا استجوبت المريضة بدقة لمعرفة تاريخ مرضها
تذكر انها اصبحت في بدء هذا الصداع بزام انفي حاد أو التهاب في احد الجيوب
وبزلة وافدة شديدة . ثم عقت داءها هذا الذي لم تهتم به مطلقاً هذه الآلام
المستمرة التي اتت تستشير الطبيب بها .

قد يشغل الألم احياناً جذر الانف حذاء الزاوية العلوية الأنسية للوقب
(بقعة ايفينك Ewing) او البقعة المؤلمة الغربالية (locuc doloris) وليس
سبب الألم هنا التهاب العظم كما في الالام الغربالية العادية بل هو ناتج من
احتقان العظم او السحقاق . ولكن ، مفر الألم العادي هو الناحية الوقبية

وما يحاورها . فقد يكون محيطاً بالوقب او خلفياً كأنه مستقر خلف العين ويحيل ان العين منجذبة الى قعر الوقب وكل جهد في النظر القريب او البعد يزيد الألم . وقد ترافق هذه الاعراض الشخصية اعراض ظاهرة كبحوث العين او خوصها (*énophtalmie*) . وتزداد هذه الاعراض المرئية حين اشتداد الألم وتؤثر في من يحيط بالمرضى ايضاً .

اما انتشار الألم في هذا الشكل من الصداع فيكون ابعدها هو عليه في الاشكال الاخرى فيشعر المصاب كأن صدغيه منضطبان يبلزم وتكون قمة رأسه شديدة الاحتساس حتى انه لا يكاد يتمكن من مس شعره ويتعذر عليه استعمال المشط او الفرشاة وبفضل البقاء مكشوف الرأس لانه لا يطبق ملامسة بقعته لشعره . وينتشر الألم الى النقرة فيكون متواصلاً ويزداد حين حركة الرأس وينتشر الألم ايضاً الى الاذن والحنشاء فيشابه المريض المصاب بالتهاب الاذن والحنشاء مع انه لا علة فيه . وقد يكون الانتشار اكثر بعداً فيصيب العنق والناحية بين الكتفين حتى انه يصل الى الظهر . وقد تكون الاسنان والحنك والبلعوم والحنجرة مفرأ لحس خاص فيشعر المريض كأن اسنانه تزداد طولاً ويشعر ايضاً بحس احتراق في حنكه وبجاجة الى السعال في بلعومه وحنجرته .

ويسهل تفريق هذا الألم الجيبي عن عصاب المثلث التوائم الصرفة له من الصفات الخاصة في جميع النواحي التي يستقر فيها . ففي الحفرة الثانية الانفيتين يكون كحس احتراق . ولم وكذا في الحنك والرأس . اما في البلعوم والحنجرة فيكون كحس تخريش يدعو الى السعال ومتى شغل الحدين شعر المريض بخذل مزعج فيهما . وقد صادف نبرا كول في عدة حوادث ارتفاع الحرارة

الموضعية في النواحي المصابة كارتفاعها في باطن الانف .

وقد لا يشكو المريض عرضاً آخر سوى الألم فوظيفة الطيب حيث أن يطرح على مريضه اسئلة دقيقة توصلنا الى معرفة ما اذا كان هناك عرض انفي آخر ككسر تنفس يعاود المريض من حين الى آخر او ازدياد في افرازات الانف المخاطية مرافقة لاشتداد الألم . وعلى الرغم من دقة الاسئلة الموجهة الى المريض فقد لا يذكر اي اختلال في وظيفة الانف فعند ذلك يفحص الانف وجوفه بدقة زائدة لعل عين الفاحص تجد سبباً لصداع المريض . ففي اغلب الاحيان لا يجد الطيب الفاحص في انف مريضه أي اختلال تشريحي او مرضي سوى صفة قد تكون ثابتة في هؤلاء المرضى وهي ضيق ظاهر في ناحية القمع وقرب الصماخ المتوسط ناتجة غالباً من انحراف القسم العلوي من الوتيرة او من ضخامة القرن المتوسط وقد تكون هذه الضخامة شديدة حتى انه يلاصق ويضغظ الوتيرة في قسمها الموافق ولو جرب الطيب الفاحص ادخال رأس حاملة قطن بين القرن المتوسط والوتيرة لتعذر عليه الامر ولادى ذلك الى ألم شديد يشبه كثيراً نوبة الصداع التي يشكوها المريض عادة . ولكن لو بللت قطيلة القطن المجهز بها رأس الحاملة بمحلول الكوكائين او بقليل من محلول بونان (Bonain) لسكن الألم المصاب به المريض في الحال . واول ما يسكن هو الألم الكائن بين الكتفين فالنقرة فالاذن وبليه ألم الحشاء فالأنف وخلف العينين وآخر ما يسكن الألم الرئيس أي ألم الجبهة والصدغين .

وقد فسر البعض هذا الحادث هكذا : ان الالياف العصبية الصادرة من العصب المثلث التوائم أو من العقدة الوتدية الحنكية المختصة بإعصاب القرنات

والصماخ والحنك منضغط بضخامة القرين المتوسط وانحراف الوتيرة في الصماخ العلوي فإذا ما طرأ التهاب خفيف أو ارتشاح على مخاط الناحية ألم هذه الاعصاب ويسكن ألمها بالطريقة ذاتها أي بتخدير الناحية نفسها . وقد نسب ديديه الألم إلى انضغاط الحزم العصبية بين القرين المتوسط الضخم والوتيرة المنحرفة وبرهاناً على مدعاه فقد شفى اثنين من مرضاه يتر رأس القرين المتوسط الضخم .

أما دوتياه دلاموت فيعتقد ان ضخامة القرين ليست السبب المباشر لحصول الألم بل انه بضخامته يقف حائلاً دون تحفيض الجيب الوتدي الملتهب .

ويذهب بوشه مذهباً آخر في تفسير حصول هذا الألم فيعتقد بانه لا دخل للالتهاب قط في حصول الألم بل ان هناك جوقاً انفيّاً جافاً لا اثر للافرازات المخاطية أو غيرها فيه وان السبب هو الانسداد فقط وان معالجة الانسداد تسكن الألم .

ويذهب عدد من المؤلفين مذهب بوشه كونه وليرو روير مثبتين نظريتهم بان الألم لا ينشأ الا من سبب آلي وانه يشفى بتخدير الناحية الضاغطة .

ولكن على الرغم من هذه الاثباتات المدعومة بامثال مقنعة نجد ان بعض حوادث الصداغ الانفي المنشأ لا ترافقها ادنى آفة انفية . ويشكو المريض صداعه هنا صباحاً حين النهوض من الفراش ويزداد بالبرودة والحرارة ويكون مستقراً في الناحية الوقية القفوية ويشفى بالطريقة ذاتها الاولى أي بتخدير الناحية الرمدية الحنكية وقد سمي هذا الصداغ الودي أو العصاب الوتدي الحنكي (névralgie sphéno-palatine) واول من شرح وحلل طريقة حصول هذا الصداغ وطريقة معالجته هم سلودر فياميركا وراماديه وسارنيون وتيرا كول وهالفن في فرنسا

وقد ذكر بودان سنة ١٩١٧ في إحدى المحلات الطبية الفقرة الآتية :

هي اشكال من الصداع دعت باسماء مختلفة فقد دعاها بريسو الآلام النفسية وسيكار العصبية الوجية (*neuralgisme facial*) وتينل الالم الودي .

وهذا الشكل من الصداع الذي كثرت اسماءه وقلت حوادثه الم يزعم المريض والطبيب معاً فالمرضى يكون قد أصيب بالتهاب احد جيوبه الكمين الذي ظل مستتراً لضعف اعراضه أو لتخثرة في إحدى اسنانه فكان الم في البدء متواصلًا وموضعا ثم اصبح مزعجاً أكثر مما هو مؤلم فيستشير الاطباء مستشفياً بدون نتيجة رغم التوسطات الجراحية الكثيرة التي اجريت له كاستخراج الاسنان المتخثرة أو جرف الجيوب المشكوك في اصابتها فيترك طبيباً يأتي آخر الى ان يظن ان داءه عقام لا يشفى فيلتجئ الى المسكنات الشديدة حين تكاثر النوب عليه كاللورفين ويغلب الوم فيه على الحقيقة فيصف الم بأشد الصفات ويرثى لحالته كأنه مصاب بالعتة . ففي هذا الشكل من الصداع يمازج الالم شي من الاختلال العقلي كالاعياء والسوداء والكآبة وقد عد البعض ان الاختلال العقلي هو اساس المرض وان اعتلال العقدة الوتدية تابع له ولكن لم يقبل هذه النظرية العقلية الكثيرون ومنهم سلودر في اميركا وراماديه ودوفرجه وكانويت في فرنسا فهم معتقدون ان الاختلال العقلي ليس سوى مظهر من مظاهر الالم حين اشتداده وعلى الرغم من الحجج المقتعة التي جاء بها هؤلاء العلماء بقي كوشنغ من دعاة النظرية الاولى مؤيداً قوله بان التجارب لم تثبت خلاف نظريته بل ايدت ان الاختلال العقلي يأتي اولاً وتبعه الاعراض الانفية الموضعية . اما الالم فلا يقتصر على النواحي العصبية باليف العصب المثلث التوائم بل يتعداها كما

ذكرنا انفاً الى نواح بعيدة كالنواحي المعصبة بالصفيرة الرقية وبالعصب المؤخري الكبير والى ابعد من ذلك ايضاً . وليس شكل الالم واحداً بل قد تتاب المريض نوب اشتدادية تحرمه الرقاد وتجبره على اخذ الجرعات الكبيرة من المخدرات وعلى العكس فقد يسكن الالم بلا سبب ظاهر ويبقى ساكناً بضعة ايام متى شغل المريض نفسه بامر هام ينسبه الالم ثم يعود الالم الى الظهور بدون سبب ايضاً هنا ما ذكره بودان في مقالته ونرى انه لم يبعد كثيراً عما ذكره انفاً وعلى الرغم من تعدد النظريات وانتشار الالم الى مناطق مختلفة الاعصاب نجد ان تحذير مرة الانف (الثقبه الودية الحنكية) المتكرر كثيراً ما يذهب بالالم فهذا البرهان العملي يثبت لنا جيداً السبب الانفي لهذا الالم رغم سعة المنخرين وخلو المريض من اي التهاب في غشائه النخامي وجوبه . فهل يمكننا مع هذا اطلاق الامر وعد كل شخص مصاب بضيق قليل في القسم العلوي أو الخلفي من حفريته الانفيتين معرضاً ان عاجلاً أو اجلاً لهذا الصداغ نجيب عن هذا السؤال بالنفي لان حصول هذا الصداغ يستدعي الاختلال الانفي الموضوعي ان يكون الشخص ذا بنية مستعدة اي مصابة باختلال الموازنة العصبية النباتية تعني بذلك ذا بنية شديدة الحس في كل اجزائها الودية أو العصبية النباتية فمن انصف بهذه الصفات العصبية واصيب بضيق الانف كان معرضاً لهذا الشكل من الصداغ وكان الباعث الاول لالامه الاختلال الانفي والباعث الثاني ضعفه العصبي .

فالمرضى المصاب بهذا الصداغ حزين حتى الحبل يصف لنا آلامه بفصاحة مفتشاً عن اشد النعوت . فاقبل انزعاج أو تعب عقلي يزيد الالم .

ويوقعه في نوبة شديدة . وليست له طاقة على احتمال جرعات الكوكائين القليلة ومتى استعمل هذا المخدر اياً كان مقداره اعتواه . هن شديد مع هبوط الحرارة وعرق غزير وخفقان وهذا ما يمكننا ان ندعوه بالسكر الكوكائيني ولكن المخدور من استعمال هذا المخدر القوي يزول بكثرة الاستعمال ويعتاد المريض احتماله . ويمكننا قبل استعمال الدواء ان نختبر حالة الجلبة الودية وقلة تحملها للكوكائين بفحص الافعال المنعكسة الودية وهنا نكتفي بالفعل المنعكس الانفي الوجهي ونختبر هذا الفعل الاخير هكذا . نجهز رأس مريض دقيقى بقطعة قطن مبلولة بمحلول قليل التخريش وندخلها حتى القسم العلوي والخلفي من الحفرتين الانفيتين فاذا كان المريض شديد الحس هطلت دموعه وسال من انفه سائل مائي واحمرت منضسته ووجنتاه وعنقه (حمرة الخجل) واذا كان ذا بنية عادية لا تنصب من عينيه الا دموع قليلة جداً . وبعد افاقانا الحس الانفي بالادوية يزول هذا الفعل المنعكس ايضاً . واذا اضعنا الى فحصنا هنا فحص الافعال المنعكسة الودية الاخرى كالفعل المنعكس العيني القلبي وغيره يتضح لنا جيداً شدة حس المريض وقابلية انزعاجه باضعف المؤثرات فتهيج جلته العصبية الودية وتزداد افرازات غدده الداخلية فيظهر لنا فعلها بما نراه من الاعراض في مريضنا (لانيال لافاستين) ولقرزات الغدد الداخلية الافراغ دخل في احداث هذا الصداغ الودي فبعد كل طمئ تزداد آلام النساء المصابات بهذا الصداغ ويرافق ازدياد الالم دوار وطنين في الاذان . والحمل يزيل الالم تماماً والوضع يرجعه الى ما كان عليه ويذكر بودان حادثة امرأة عذت الحمل واسطة دوائية فاستعملته لهذا الغرض وجعلت تحمل ونضع أو بالاحرى تجهض برهة من الزمن . والمصابات بهذا الصداغ يكن -

ذوات طمث غزير . والاعراض العامة المرافقة للصداع كالوهن والانقباض النفسي تثبت لنا اختلالاً في الغدد الباطنية الافراخ . وقد عدّ البعض ان الصدمة الفردية الناجمة من الاستهداف (anaphylaxie) المضى قد تكون سبب الصداع الودي ايضاً

وتسمية هنا الشكل من الصداع بالودي هي خير تسمية على ما نرى لانتنا لو اوردنا على وجه الاختصار الصفات التي يتصف بها هذا الصداع لكان لنا ما ما نبرر به هذه التسمية :

١ - ايد الدرس السريري ان هذا الصداع يعقب غالباً اختلالاً في موازنة الجملة العصبية الحركية الوعائية .

٢ - انتشاره لنواح بعيدة غير مقيد بانتشار الياف العصب المثلث التوائم وغيره من الاصاب الحسية القحفية .

٣ - صفاته الخاصة الودية وكونه المأ ودياً صرفاً .

٤ - المصابون به هم غالباً اصحاب بنية ودية .

اما كون الالم يبدأ في الانف ويتخذ شكل صداع انفي فلأن الانف الغني بالالياف العصبية الودية والمثلث التوائم مصاب بضخامة او ضيق في قسمه العلوي يضبط هذه الالياف العصبية فتخديرها يسكن الالم

وللعصب الودي صفة حسية ثابتة لا تحتاج الى برهان قد ايدها عملياً مونبران في مرضاه المصابين بجروح العين والوقب وقد ذكرنا ذلك في مقالنا الاول وكذلك فقد اورد تينال ولانيال لافاستين وهوير وسيكار امثالاً كثيرة يضيق المقال عن استعابها والفحفي غني بالياف هذا العصب وهو غني ايضاً بالثقب والشقوق

التي متى ضاقت ضغطت الالياف العصبية المارة بها وكان منها ذلك الالم الذي تتكلم عنه .

فهنا الصداع اذاً صداع ودي مثلث التوائم اما سبب حصوله فقد يكون ظاهراً بضخامة الانف وضيق القسم العلوي من جوفه او يكون مبهماً وخير تعليل نجد له هو التهاب العصب الودي كما نرى في الالام التي تعترى جرحى الحرب المصابين بجروح او كسور كبيرة في اطرافهم . وقد ذكر ليا بولت في جمعية امراض الخنجره الباريزية ١٩٢٢ حادثة مريض كان يشكو صداعاً مؤلماً من هذا النوع لم يكن سببه سوى خزع القرين السفلي وخروج المريض من غرفته باكراً بعد العملية وتعريض جرحه الحديث للبرد ولغير ذلك من المخثرات فاصابه ما اصابه من الصداع . وما نوردته عن هذا المريض يمكننا قبوله في من كانت اغشيتهم النخامية شديدة الحس وتخرشت بسبب داخلياً كان ام خارجياً .

وقد عُدَّ البعض الصداعات الانتانية والتسممية والتي تعترى المصابين بالانتانات الشديدة أو بالتسمات المزمنة الكبدية أو الكلوية من هذا النوع وقالوا ان سموم الجراثيم او غيرها تخرش بطريق الدم النهايات الودية في الغشاء النخامي .

فاذا كان الامر كذلك كان لا بد من سكون هذه الالام بتخدير الياف العصبيين المثلث التوائم والودي في القسم العلوي من الحفرتين الانفيتين وهذا ما سنراه في مقال آتٍ .

معهد الطب في دمشق

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور ميشيل خوري

ان السائح القادم من بيروت حين وصوله الى دمشق ووقوف نظره على اشباح منائر السلطان سليمان القانوني الرشيقه فيراها تكبر في عينه شيئاً فشيئاً لا يتبادر الى خاطره ان تحت هذه القباب التي كرت عليها مئات الاعوام وبين جدران هذا الجامع التي المبتهاشعة الشمس وما تتي صامته صمت الاجداث ، انشئت المخاير المجهزة بمعدات علمية هي احدث ما استنبطه العلم ، وما ذلك الا لاطفاء غلة النفوس العطشى التي تموق الى الارتواء من مناهل المعرفة والحكمة . فقد خطا العلم الى فناء هذا البناء الرحب المشيد منذ اربع مائة سنة ليكون ملجأ لحجاج البيت الحرام . فانا به امام روعة القدم ومهابة ، واذا باجلال تلك الحجارة القديمة واحترامها يغلبانه فلا يمد الى تغيير اوضاعها يداً وبشني مكتفياً بأن ينشئ في الموءسسة الاسلامية العتيقة مخايره الحديثة للحكمة الطبيعية والكيميا والتاريخ الطبيعى ، تلك المخاير التي تبشر بان تكون في الايام القابلة نواة كلية علوم ينهياً فيها طلاب الطب والصيدلية لنيل شهادة العلوم الطبيعية .

لا جرم ان من يعرف تلك المطابخ البالية اللخناء التي كان ياوي اليها حجاج مكة وهم ملتفون باطارهم الخففة ، لا بد ان تأخذ الحيرة ويستولي عليه الدهول حين يرى ان تلك القدور والجفان تحمل مكانها البواتق والانايق التي

يستخدمها اهل الكيمياء الحديثة ، وان تلك المواعد العالية انقلت الى مناضد مصقولة تستعمل لمختلف الاغراض العلمية . لقد تغيرت طرق الحج فاوشك البلى ان يحجم على منازل الحجاج لولا ان تناولتها يد الجدد بالترميم والتجديد فعادت مكاناً صالحاً لتثقيف شباب الجامعة الناهض . وقد كانت مفاوضات استلحاقها وعرة شاقة ، لان الفئة المستولية عليها محافظة لا تشاء ان تفسر دين النبي الا بحسب ما تهوى . واذن فليس من اليسير ان تمخلى عما تملكه ليقع غنيمة باردة في يد العلم . غير ان تلك الفئة غلبت على امرها ، فاصبح في وسم طلابنا الذين يتألف منهم شرق اليوم ان يمنحوا فوائدها خلفه لهم شرق الامس ، وان يعكفوا على دروسهم العالية لادراك صوبات نفوسهم في بقعة نضرت جنباتها بعد الموات فعادت مفخرة من مفاخر العاصمة السورية .

.

أجل لقد ظفرت الجامعة السورية بان تضم اليها من ملحقات جامع السلطان سليمان ثلاثة أبنية ، فامكن ان تنقل شعبة طب الاسنان الى احدها ، وان يجعل صف العلوم وشعبة الصيدلية في البناء الثاني وان تؤسس مكتبة الجامعة في البناء الثالث ومنذ انشاء صف العلوم الآنف الذكر جعلت مدة الدراسة فيه سنة واحدة يتأهب فيها الطالب بدرس العلوم الطبيعية ويتنقل بعد نيله شهادتها الى الطب او الصيدلة منتجعاً في ذلك الطريق الذي يوافق ميوله الخاصة .

وتقع ملحقات معهد الطب المذكورة على ضفة بردى عند مدخل المدينة وهي الان تكون قسماً من الابنية التي تتألف منها الجامعة السورية . والى جانبها تقوم ابنية حديثة اخرى محاطة بالرياض النضرة وهي معهد الحقوق

ومعهد الطب ومستشفاه . وقد خصص جناح احد ابنية الجامعة لنزول الطلاب الغرباء والذين يختارون الإقامة فيها . تلك قاعدة المدارس الشرقية القديمة التي كان يعد فيها مكان خاص لسكنى طلاب العلم . والهمة مبذولة لانشاء مدرسة للالهيّات واخرى للآداب العليا نضمّان الى الجامعة . تلك هي اقسام الجامعة السورية الاخذة على حداثة عهدها يلوغ ارفع المنازل العلمية وعميدها القائم على رأسها ينتخبه زملاؤه ليتولى مقدراتها مدة الرئاسة وهي ثلاث سنوات قبل التجديد كما هي الحال في رئاسة الجمهورية . واما عميدها الحالي الذي وقم عليه اختيار زملائه فهو رئيس معهد الطب

ويعود تأسيس معهد الطب الى سنة ١٩٠١ وهي السنة التي صدر فيها فرمان السلطاني التركي القاضي بانشاء معهد الطب العثماني في دمشق لقبول طلاب هذه البلاد التي كانت تحت النير التركي وان تكن بعيدة عن شواطئ البوسفور . ولسوء الحظ اصاب بد الضياع اوراق هذا المعهد القديم وسجلاته بسبب حوادث الحرب الكبرى ، هذا اذا لم تكن اعيدت الى الاستانة . وكان التعليم في ذلك العهد باللغة التركية ، كما ان الاساتذة كانوا يرسلون الى دمشق من معهد الطب في الاستانة . وعندما انضمت تركيا الى الالمان سنة ١٩١٤ لاح لها ان الفوز النهائي سيكون في جانبها ، فلم تجمع عن الاستيلاء على المؤسسات الفرنسية . فصدرت الاوامر العسكرية بنقل معهد الطب العثماني من دمشق الى مقر معهد الطب الفرنسي في بيروت ، واحتل الجيش التركي ابنية المعهد الحالية في دمشق . غير انه لدى تفهقر الجيش الالمانى وخروج الاتراك من سورية ، اعيد المعهد الى بناياته الخاصة في دمشق فاذا هي تحتاج الى اصلاح كثير نظرآلى الاضرار التي اصابها في

اثناء وجود الجيش التركي فيها .

ان الوقت الذي عاد فيه معهد الطب الى دمشق بعد انتهاء الحرب يعد بحق حدثاً خطيراً في تاريخ المعهد اذ أنه تعرض حينذاك لازمة شديدة الخطر كادت تسبب اقفاله والقضاء عليه . وتفصيل ذلك انه في سنة ١٩١٩ عندما جلس الامير فيصل على عرش الامويين في دمشق ، فتح المعهد ابوابه متخذاً لنفسه صفة عربية جديدة لم تكن له فيما مضى . ثم تقلص حكم الملك فيصل عن ربوع الشام فلم يكن هذا الحدث التاريخي سبباً كافياً لاقتال المعهد ، بل انه على العكس من ذلك وجد في نفسه صبوة تحفز على البقاء وطموحاً يحمله على الاستمرار في الحياة مسترشداً ومحمياً بنا كمهدسوري يجتنب اليه الطلبة الناطقين بالضاد من البلاد المجاورة . قد يتخيل لأول وهلة ان ايجاد معهد ثالث للطب في دمشق امر لا حاجة اليه بعد ان اوجد الامير كان والفرنسيون معهدهم في بيروت . غير ان التعليم عند الامير كان هو بالانكليزية ، وبالفرنسية عند الالباء اليسوعيين . وبما ان السوريين لم يحاولوا في اي حين من الاحيان اقصاء فكرة دولة عربية تأسس عاجلاً او آجلاً ، فانهم ارادوا ان يكون لهم معهد خاص يدرسون فيه الطب بالعربية التي هي لغتهم الوطنية . ولاجل ذلك لم يكن بد من وجود وطني حازم يأخذ على عاتقه هذه المهمة الشاقة الخطيرة فاتاحت الفرص ان تولى رئاسة المعهد الدكتور رضا سعيد بك عميد الجامعة الحالي ، يوازره في عمله رجال كالكلونيل كاترو مندوب المفوض السامي والكلونيل طلاس رأس اطباء الجيش الفرنسي في سورية حين ذاك . فتمكن هؤلاء الرجال الاثنان من تنفيذ خطتهم ، وتم لهم ما ارادوه من انقاذ المعهد من الخراب الذي كان يهدده .

غير ان المعهد لم يسلم من الاقفال فحسب ، بل بعثت فيه حياة جديدة واخذت تسير في عروقه دماء نشيطة قوية ، فان الانتداب الفرنسي في سورية لم يوضع لاقفال مدارسها بل لتحسين تلك المدارس وتوفير وسائل تقدمها وارثائها .

وعليه فان المعهد العثماني تحول الى معهد سوري له استقلاله الاداري والمالي ، فامكن ان تستعيد اللغة العربية حقوقها وان تحل فيه مكان اللغة التركية . ونشطت ادارة المعهد الى العمل فدعي اليه اساتذة سوريون يعدون من أشهر الأطباء في البلاد ، وارسل بعض منهم الى فرنسا لاقتان اختصاصهم فاخذ الطلبة من مختلف الانحاء بالاقبال على المعهد .

وفي الوقت الذي كانت تنظم فيه الدروس ، كانت تنشأ المخابر تدريجياً وفي سنة ١٩٢٢ حين كاد يتم تنظيم شعبي الطب والصيدلة امكن ان تلحق بها شعبة لطب الاسنان وفرعان للقبالة والتمريض . وخطا المعهد خطوة جديدة في سنة ١٩٢٤ ، فانه بعد مقاومات خفية ، وافقت المفوضية العليا على ان ينضم الى المعهد اساتذة فرنسيون كان طلبهم مجلس الجامعة قبل ذلك بحين . والآن فنحن اربعة اساتذة نتعاون مع زملائنا الاساتذة السوريين ، وفروعنا هي السريريّات الطلبة والامراض العصبية والعقلية^(١) والسريريّات الجراحية وامراض الغم . ونحن بطبيعة الحال نلقي دروسنا السريرية باللغة الفرنسية . وما يسهل مهمتنا ان معظم الطلبة القادمين من مؤسسات فرنسية يحسنون لغتنا . واما الطلبة الآخرون

[١] اصحح الآن عدد الاساتذة الفرنسيين في المعهد ثلاثة بعد انتهاء مدة الدكتور جود استاذ الامراض العصبية والعقلية في تشرين الأول سنة ١٩٢٩

فيعطون في المعهد دروساً خاصة في اللغة الفرنسية ^(١) تمكنهم من فهم الدروس السريرية التي تعطى بهذه اللغة .

وقد جعل برنامج الدروس مطابقاً لبرامجنا الفرنسية خلا بعض الفروق الطفيفة التي وجدت ضرورة لعدم امكان الغاء النظام القديم برمته . وبناء على ذلك فان الفحوص السريرية تجري بعد الدروس النظرية في نهاية السنة الخامسة وتؤلف قسماً من فحص اجمالي في كل المواد يسمى فحص (الدكتوراه) ولا يقدم الطالب اطروحة عندنا كما أنه لا يقدمها في بيروت . وفيما عدا هذه الفروق الثانوية ، فان وجوه الشبه تكاد تكون تامة لا سيما وان مدة الدراسة هي واحدة . ولذلك فانا لا نرى ما يدعونا الى ايراد عدد المناصب والمخابر التي توافق ما عندنا تمام الموافقة ، الا ان برنامجي التعليم في شعبة طب الاسنان وفرع التمريض هما اقرب الى البرامج الاميركية . ثم ان معظم الاساتذة اتقنوا اختصاصهم في معاهدنا الفرنسية واتممو باقامتهم التي لا بد منها في باريز واذا دعت الحاجة الى تعيين بعض خريجيننا فيكون ذلك بعد المسابقة ، او نفع عليهم الاختيار لتوفر الشروط المطلوبة فيهم . وهم يذهبون الى فرنسة لتبيل شهادات جامعاتها ثم يتوسعون في الدرس مدة كافية قبل عودتهم لمواصلة اساتذتهم في المعهد .

واما الطلبة ذياتونا لا من دولة سورية فقط ، بل من البلاد العربية المجاورة كلبان ومصر والعراق والعجم والحجاز وتونس . ومنهم من تستدعيه الحكومات

[١] بما ان الطلبة الذين يلتحقون الآن بالمعهد يحسنون اللغة الفرنسية فقد عدل عن اعطاء الدروس الخاصة بهذه اللغة .

المجاورة في العراق والحجاز ونجد وشرقي الاردن لتقلد وظائف ادارة الصحة والاسعاف العام . فلم يبق اذن الا ان تقبل خدمات طلبتنا حكومتا مصر وفلسطين . ولتحقيق هذا الامر فنحن تأمل بنجاح المفاوضات الجارية مع هاتين الحكومتين .

وتطلب الفتيات المسلمات الآن الالتحاق بمعهد الطب ، لان قوانين الجامعة تسمح بذلك لا سيما وقد سبق ان التحق بالمعهد فستانان مسيحيتان قابل الرأي العام دخولهما اليه بالارتياح .

وكما ذكرت اعلاه فان وجوه الشبه بين معهد دمشق ومعاهدنا الفرنسية تكاد تكون تامة لولا بعض الفروق الطفيفة التي تقتضيها شؤمون البلاد عامة ويستلزمها دور التطور الراهن الذي تجوزة الامة السورية . ومثال ذلك يظهر في المستشفى فبعد ان جربت فيه طريقتنا الفرنسية وجد انه من الواجب الحاقه بالمعهد لأسباب شتى ، لا سيما وان عيادات المستشفى لا يمكن تجهيزها بكل اللوازم الضرورية لسيرها الحسن الا اذا تولى المعهد ادارتها بنفسه . وهكذا فان المستشفى العام الذي كان تابعا فيما مضى لادارة الصحة تحول مع العيادات الخارجية المرتبطة به الى مستشفى تطبيعي للمعهد .

ونظرا الى قلة الكتب في اللغة العربية ، فان الطلبة يجبرون على حضور الدروس جميعها لدرسها على الاستاذ الذي يضطر الى الاحاطة بموضوعات شعبته جميعا ، ولذلك فان ادارة المعهد رأت انه لا بد من ان يزداد عدد ساعات الدروس ليتمكن ان تقسم جميع المواد على سنوات الدراسة الخمس . ورأت الادارة ضرورة ايجاد الطبابة الداخلية في المستشفى . غير ان الاطباء الداخليين الذين يؤمنون من

عداد طلبة السنة الخامسة بعد المسابقة كما هو الحال عندنا لا يقوون على ايفاء وظائفهم حقها الا بعد نيلهم الشهادة . وبعد الطالب خالياً من التبعة الطبية مهما كان متقدماً في دروسه . وحين قبوله طبيباً داخلياً في منتصف سنته الخامسة فهو يقتبس من سلفه شيئاً كثيراً من دقائق الفرع الذي سيزاوله في السنة التالية بعد احرازه الشهادة . ولذا النظام فوائد لا تحصى ، غير انه ذو مساوىء اهمها ان الطبابة الداخلية لم تكن الى الآن اطالة مدتها ، فان اطباءنا الشبان لا يتمكنون من مزاولة العمل امداً طويلاً باعتباره عملاً مجرداً ، ولذلك فمن الصعب بقاؤهـم في المستشفى اذا هم فازوا بنيل وظيفة او منصب في الخارج . اما بشأن الامتحانات فان القانون المتبع منذ تأسيس المعهد يقضي بان يقدم الطالب امتحانه امام لجنة لا امام فاحص واحد - الأمر الذي يجعل مداجلجات أطول مما لو جرى الامتحان بانفراد الفاحص والطالب معاً . ولكي لا يكون مجال لاحتجاج الطلاب الساقطين المتوالي ، ولكي يمكن ان ينظر في احتجاجاتهم دفعة واحدة ، فان نتيجة الامتحان لا تعلن الا بعد انتهائها جميعاً .

واما اطباء الاسنان فيمنحون شهادة دكتور كما هي الحال في بيروت . وليس من السهل انتزاع هذا اللقب منهم ، والا ادى ذلك الى الاعتراضات الشديدة . ولكي يتمكن اطباء والصيادلة الاسنان من مزاولة مهنتهم في البلاد المشمولة بالانتداب بعد نيلهم شهادة معهد دمشق ، يطلب منهم كما يطلب من خريجي معهد الطب الاميركي في بيروت ، ان يتقدموا لامتحانات يدعى بالكولوكيوم امام لجنة فرنسية فاحصة تعينها المفوضية العليا . اما خريجو معهد الابهاء اليسوعيين في بيروت فلكونهم اصحاب امتياز خاص يخولهم تعاطي

مهمتهم في فرنسا ، فيعفون من هذا الامتحان . ولكن كان عليهم في العهد التركي ان يتقدموا لامتحان الكولو كيوم قبل الترخيص لهم بالعمل في ممتلكات السلطنة العثمانية . فهذا الامتحان انما هو اذن أثر من آثار العهد البائد أثرت المفوضية العليا استبقاه منذ بدء الانتداب . غير ان وجود الاساتذة الفرنسيين في اللجان الفاحصة في نهاية السنة لما يجيز النظر في تعديل شكل هذه الامتحانات .

ومع ان الواردات المالية لمعهد الطب في دمشق اقل من واردات معهدي بيروت ، فانه سار شوطاً بعيداً في ميدان التقدم ، فجهزت مخبره باحدث المعدات وبما ان بناياته القديمة لم تعد كافية لاستيعاب شعبه المختلفة ، فقد اخذ بشيد بنايات جديدة . ثم ان عدد اساتذته يزيد على التوالي ويشر مستشفى بان يكون قريباً من افضل المستشفيات الحديثة . وبكلمة مختصرة فان الرقي والتقدم يتناولان اقسام المعهد جميعها . وان من شهد هذه المؤسسة في ايامها الأولى ، وانبح له الآن ان يزورها ويرى ما هي عليه من التقدم لا يتالك من ان يقابل طفرتها العجيبة بشيء كثير من الاستغراب والاعجاب . وقد كان للمفوضين السامين الذين تعاقبوا على هذه البلاد يد يضاء على المعهد ولا سيما من كان منهم مفطوراً على محبة العلم . ولذلك فانهم قدروا الجهود التي تبذل في سبيل انتجابه ، واقتنعوا بوجوب بقائه وسيره في سنن النجاح ، لما له الان وما يكون له من الفائدة البعيدة المدى في هذه البلاد . واذا لم يكن في طاقة المعهد مجارة معاهدنا فذلك عائد الى قلة مخصصاته السنوية اذ هي قيست بما تتناوله مدارسنا العالية .

وما لم يكن منه بد في الماضي ، قبل ان اصبح الدخول للمعهد مقيداً بالبيكوريا السورية او ما يعادها ، ان تنفست ثقافة الطلاب الداخلين اليه ،

نظراً الى تسوع شهادات الدخول الثانوية التي يحملها هؤلاء الطلبة ، لا سيما وان المدارس التي تمنح هذه الشهادات متعددة وسبب ذلك ان لكل طائفة او ملة في هذه البلاد مدرسة خاصة من هذا النوع . فان كان بعض هذه الشهادات ممتازاً فان بعضها الآخر ليس بذي قيمة علمية تدعو الى قبوله . وفي بدء كل سنة كان يمتحن الطلاب الاجانب وحاملو الشهادات المعطاة من مؤسسات لم تثبت بعد ان شهاداتها معادلة للشهادة الثانوية ، فتحقق الادارة بهذه الوسيلة من ان الطلاب الفائزين في الامتحان لديهم من الثقافة والمعرفة ما يوفوهم للاندخراط في احد اقسام المعهد اما الان فقد انقضى هذا النظام باحداث البكالوريا السورية التي تصبح في هذه السنة شرطاً اجبارياً يجب استيفاءه حين الانتهاء من الدروس الثانوية اذا رغب الطالب في الدخول الى الجامعة السورية اياً كان مصدر الشهادة التي يحملها . غير ان الطلاب الاجانب يطلب منهم تأدية امتحان معادل للبكالوريا . ويعود احداث البكالوريا السورية الى الجهود التي بذلها الموسيراجه مستشار المعارف العامة فانه تمكن بتقظه وحمته التي لا تعرف الملل من ان يحدث هذا التغيير الهام في المعارف السورية .

ثم ان ما يتقص اطباؤنا الشبان بعد خروجهم من المعهد انما هو الكتب والمجلات فلا يكفي ان يكون هنالك العدد الكبير من المجلات الانكليزية التي يتمكن المصريون والعراقيون من قراءتها ، والشبيء الكثير من المجلات الفرنسية التي تفيد السوريين اذ ان المهم ان يحسن هؤلاء الاطباء الشبان اتقاء افضل هذه المجلات وان ينصموا الوقت الكافي لقراءتها والاستفادة منها . فيجب اذن ان يكون لديهم كتب ومجلات عربية وهذا ما يشعر به اساتذة معهد دمشق

فانهم يبذلون الجهود الحرة بالذكر لسد النقص من هذه الوجهة بتأليف الكتب الجديدة والحديثة باللغة العربية . ولتبقى هذه الكتب حديثة بما يضيفونه اليها من الحقائق الجديدة التي تظهر في العالم الطبي . وقد اخذ هؤلاء الاطباء العاملون على طاقمهم ايجاد لغة عربية علمية ، فهم يتقنون ويبحثون عن المصطلحات الطبية في كتب الطب العربية القديمة ، فيجئون هذه الالفاظ باستعمالها المتوالي . او انهم يجدون بدلاً منها الالفاظ الجديدة . ولتسهيل فهم اللفظ العربي حين استعماله يذكر الى جانبه اللفظ الفرنسي . ويثار على استعمال المصطلحين معاً الى ان يشيع استعمال اللفظ العربي . ويصدر اساتذة المعهد مجلة طبية شهرية تحمل الى تلامذتهم القديما ، والى العالم الطبي ثمرات اعمالهم وتلخيصاً وافياً للمقالات التي تشرها المجلات الطبية في اوروبا واميركا .

فما تقدم انما هو صورة المعهد السوري الذي يتقدم الى الامام مماشياً هذا الرقي الاجتماعي الذي لا يمكن دفعه والذي حمل الشرق الغافل الى الانتباه من سنته . ان ذكرى الاجداد القديمة التي تحيي في النفوس الشاعرة بروعة الماضي ، توفقت لهم وحث العزائم لتجديد ما اندثر ليكون المستقبل حافلاً بجلائل الاعمال التي لم يكن للأمويين عهد بها فمعهد دمشق يحول ايضاً وجهه الى اطباء العرب الاقدمين الذين ترى اسماءهم منقوشة فوق ابواب القاعات في مستشفى . وهو يذل العلم لطلابه بلغة البلاد ، لانه المدرسة الوطنية الوحيدة . واذا لم تقم في سبيله عبة تمتع تقدمه فسيكون له شأن كبير في العالم العربي .

اما نحن الذين قضت الظروف بان يقع علينا الاختيار لموازة اساتذة هذا المعهد ، والذين عليهم ان يكونوا خير واسطة لنشر العلم الفرنسي وتعليم الاساليب

الفرنسية في الطب والجراحة فنعمل بدأ واحدة مع زملائنا السوريين بالاخلاص التام والثقة المتبادلة ، بغير ان يكون لنا قصد سوى تخريج الاطباء الحاذقين وابلاغ هذا المعهد الذي نعمل فيه للمستوى اللائق به فنحن اذن نستمد روح مهمتنا من روح الانتداب نفسه ، الا وهي مؤازرة اصدقائنا على شكل لا يحملهم على طلب الاعتياض بسوانا . ولا نشك قط بان النتائج الحميدة التي وصلنا اليها في وسطنا الصغير تحملنا على الثقة التامة بان التعاون النزيه مع السوريين امر يسير من شأنه ان يعود بالفوائد الجمّة على الفريقين المتعاونين . ولا بد ان نكون في خدمة السوريين قد قمنا باجلّ الخدم التي تأملها منا بلادنا العزيزة .



الكافور ومشتقاته الخلوئية الذوابة في الماء

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

الحكام العرب هم اول من استعمل الكافور في معالجة المرضى وجنوا منه فوائد جمة لم يجحد الطب الحديث فضلهم فيها بل اقره بين الادوية القيمة التي لا تزال تستعمل بكثرة

فاما استعمالاته الخارجية فكثيرة لسهولة انحلاله في سواغات عديدة كالكحول والمواد الدهنية (الزيت الكافوري، المرم الكافوري، الكحول الكافوري، الخ) واما استعمالاته الداخلية فمحدودة لعدم ذوبانه في الماء وكانت الزيت الكافوري حتى عهد قريب هو المستحضر الوحيد المستعمل حقناً تحت الجلد.

غير ان صعوبة الحقن بالزيت للزوجته وعدم انحلاله في الاخلاط البنية وبالتالي عدم امتصاصه وتمثله بسهولة وتكوينه اوراماً زيتية موضع الحقن (huilomes, vasélinomes) كل ذلك دعا كثير من الحكماء الاساتذة الغربيين الى القول بوجوب الاستغناء ما أمكن عن الزيوت ولا سيما الزيوت المعدنية، في المستحضرات المعدة للحقن تحت الجلد. ولقد ايد بعضهم ان امتصاص الأدوية المحلولة أو المركبة أو المعلقة في الزيوت تابع لتحلل الزيت نفسه في العضوية وان المواد الذائبة في الزيت تدخل العضوية دون ان يكون بينها وبين المذيب اقل علاقة كما يتضح ذلك من النتائج التي حصل عليها بعد حقن عدة كلاب بقرامين من الكافور.

كافور في البول	كافور في المضلات	
٠٠١٦٤	٠٠٦٩٥٠	بعد ساعتين
٠٠٦٤٥٧	٠٠٦٨٥٣	٣
—	٠٠٦٥٢٥	٦
٠٠٦٨٢١	—	٧
—	٠٠٦٠٥	٩
١١٧٩٤	—	١٩
١١٧٥٢	—	٤٨

فالجزء الأكبر من الكافور يطرح مع البول . أما الزيوت ولا سيما الزيت المعدني فانها تبقى اياماً بل شهراً في موضع الحقن ولا تمتص الا ببطء زائد والبلغمات الهاجة تجمل حول قطيرت الزيت تكيساً حقيقياً مما يؤيد ان العضوية الحية تعد الزيوت مواد غريبة عنها اياً كان منشأها وتسعى الى دفعها والتخلص من شرها باحداثها حولها تكيساً كما ايد ذلك العالم سيكار (Sicard)

لذلك انصرف الكيمائيون الى ايجاد ملح كافوري ذواب في الماء يقوم مقام الكافور نفسه فاوجدوا المشتق التشادري لحمض كفوكربوكسيليك ومن المعلوم ان الكافور اذا اخذ داخلاً سواء بطريق الفم أو حقناً تحت الجلد يطرح منه جزء من العضوية بحالة مشتق غليكوروني (glycuronique) مما يساعد على تقدير السعة الوظيفية للكبد بمعايرة حمض الفليكوروني في البول .
ولقد تبين من ابحاث يشون (Pichon) ان الملح الكافوري العضوي لا يستدعي زيادة في البيلة الغليكورونية (glycuronurie) بخلاف الكافور نفسه كما انه يكون اشد فعلاً منه بما يحويه من الوظيفة الخلوئية الحرة ،

حمض الفليكوروني مقدراً بالغرام في اللتر		
المعايرة الاولى	المعايرة الثانية	
٠.٦٠١٤	٠.٦٠١٤	قبل ازدياد الملح الكافوري
٠.٦٠١٤	٠.٦٠١٤	بعد نصف ساعة
٠.٦٠١٦	٠.٦٠١٤	بعد ساعة
٠.٦٠١٤	٠.٦٠١٥	بعد ساعة ونصف ساعة

هذا ولقد استحضرننا مشتقاً سلفونيا للكافور باقامة جذر السلفونيل مقام جذر الكربوكسيل في ذرة كفو كربوكسيليك واستعملنا ملح المعدل بالصود بدلاً من التشادر لسهولة امتزاج الصوديوم بأخلاط العضوية الحية وجبرنا من هذا الملح السلفوني الكافوري المعول عليه في مستشفيات باريس ، حباباً (ذات غرام واحد تعادل ٠.٦٦٠ من الكافور الصرف) وتحققنا بدورنا رجحانها على الزيت الكافوري الاعتيادي وشاهدنا نتائجها الحسنى في المرضى الذين حقنوا بها تحت الجلد سواءً من قبل الامتاذ الحكيم ميشيل الشامندي ، أو من قبل الحكماء السادة . شوكة القنواقي وعبد الوهاب الدراوشنيق الخياط ومصطفى آل عيسى الذين نسدي اليهم الشكر .

اما اسباب الرجحان فهي :

- ١ - ان هذا الملح السلفوني الكافوري ذواب في الماء وليس له تأثير سمي ،
- ٢ - ان امتصاصه سريع وتأثيره أكيد ،
- ٣ - لا يحدث ادنى تفاعل موضعي ،
- ٤ - يطرح بسهولة ويؤكد ذلك بألة الاستقطب ولا يؤثر في الكبد فلا يستدعي زيادة في البيلة الفليكورونية

٥ - محلوله المائي غير لزج عمالاً يبقى حاجة الى استعمال ابر ثخينة للحقن ،
٦ - لا يحتاج في تنظيف المحقنة الى أكثر من غسلها بالماء ولا تتلوث الأيدي به
بجلاف الزيت الكافوري الذي يجب تنظيف المحقنة الملوثة به بغسلها بالماء وفحامة
الصوديوم او غسلها بالكحول والأثير .

ولما كانت حباب الزيت الكافوري الاعتيادي كثيراً ما يحقن المرضى بها
مع حباب البنين جهزنا ايضاً حباباً أخرى تحتوي على الملح السلفوني الكافوري
وعلى البنين معاً مذابين في جاواة الصوديوم وفقاً لطريقة دستور الأدوية
الفرنسي وهذه الحباب التي كان منها فوائد سريرية كانت بالوصفة الآتية :

الماء الكافوري	٠،٤٠ غرام (يعادل ٢٥ سخ من الكافور الصرف) (١)
بنين (كافين)	٠،٢٠
جاواة الصوديوم	٠،٣٠
ماء مقطر لاجل	٢ سم ٢ -

(لا بطراً على هذا المزيج اقل تحلل بتعيقه ربع ساعة في الصناديق الموصدة
على حرارة قدرها + ١١٥) .

واذ كانت هذه الوصفة التي وضعناها جزيلة الفوائد فقد خطر لنا ايجاد
مشتق سلفوني بنيني بدلاً من الصودي والامستغناء عن جاواة الصوديوم
لسهولة العمل ولا تزال نواصل المسعى لعلنا نهتدي الى ما نتوخي
من ورائه الخدمة العامة وستتحف به زملائنا الافاضل بمقال آخر ان شاء الله

(١) نعي بالماء الكافوري (eau camphrée) ملح الكافور السلفوني محلولاً في الماء

مستحدثات طبية

مترجمة بقلم الطالب السيد مسلم القاسمي

معالجة آفات الجلدية بالفاردن (GARDAN) للدكتور فرديناند وتكلر

الفاردن علاج جدير بان يكون في مقدمة العلاجات المستعملة بامراض الجلد ، حتى ان المشاهد ليدش حينما يرى ان غلة (اكزما) تعالج بالمرام على الطريقة المعهودة تشفى بمدة اسرع متى اعطي المريض في الوقت نفسه الفاردن . وكمن جلد كان مصاباً بالأكال الشبخي فشفي بعد ايام قلائل من المباشرة بالفاردن .

ان تأثير هذا العلاج في الشرى من الامور الثابتة ، وقد رأينا بعض حالات من الأكال المتعم الحاد في سياق الاورام الحبيثة الذي كان يصحبه الشرى ولم تؤثر فيه الادوية التي تستعمل عادة ، الا ان الفاردن وحده كان ينقصر نحس الجلد بسرعة حتى ان اندفاعات الشرى المؤلمة كانت تزول كما زال الاكال المتعم ، وهو يؤثر ايضاً في الشرى الذي لا يعترى كثيراً من النساء في منتهى طمئن ويزيل آلام الطمث بصورة آنية

وقد لاحظت فعله هذا الحسن في جميع مريضاتي

لا ينكر ان الليبراميدون تأثيراً مضاداً للتشنج كشفه هانس جانومسك على ان هذا التأثير يقوى ويشد متى اشرك الفاردن معه بالمعالجة . فتأثيره المزدوج

هنا (اي المضاد للحكة والتشنج) يدفعنا الى استعماله في آفات الجلد الناجمة من تشوش معوي وفي التسمات المعوية وانتشاراتها الى الجلد .

وخلاصة القول ان ادخال الغاردن في زمرة ادوية امراض الجلد بعد مشاهدتنا بعد نجاحاً كبيراً في هذا الموضوع .

استعمال الغاردن في الاستحمامات

(للهكتور فرينز لانجر)

من الامور التي تستدعي الاهتمام خلال الاستحمام بالحمامات الحارة ظهور آلام منعكسة كثيرة الوقوع تبدو عادة منذ الاستحمام الاول ، والتجارب التي استخلصناها من استعمال الغاردن كانت شديدة الملائمة .

ويمكن التأكد من فعله المخدر في مدة قصيرة (بعد ١٠ - ١٥ دقيقة غالباً) بأخذه قبل الاستحمام ونرى كيف ان تأثيره يطول فتتناقص الآلام تناقصاً ملموساً ، ومن النادر ان نحتاج اليه مرة ثانية ، هذا عدا انه لا تأثير له في القلب حتى ولا في الضغط الدموي والمعدة .

واذا صادف ان شخصاً سيتعرض لجهود مؤلمة (كالتسبيد والحركات المنفعلة وما شا كل ذلك ٠٠٠) يكفي ان يتناول قبل المباشرة بنصف ساعة حبة من الغاردن واذا قيست حالة الشخص نفسه بدون علاج وبعده اخذه منه ظهر الفرق جلياً ، واتضح ان الآلام قد خفت بعد تناوله .

(داء اللبليات في معدني الرور ، منشأ تشوشات المعدة)

La lambliose chez les mineurs de la Ruhr

ان داء اللبليات يشاهد كثيراً في الرور وفي مقاطعة « بون » فين
مئتي مريض مستشفين لم نر في مدة ثلاثة اشهر اقل من ثلاثة وعشرين مريضاً
مصابين بهذه الآفة (ما يعادل ١١٦٥ / ٠)

ان تخرين سيمون التي اجراها على اطفال مقاطعة بون توضح لنا وجود
اللبليات في هؤلاء على نسبة ٠.٢٣ / ٠ وقد لاحظ الاعراض الآتية : ثقل تحت
حافة الاضلاع اليمنى وآلام معدة ، وقلس ، والتهاب معدة ، وتشوشات عصبية
وكان يجد هذه اللبليات في المرارة . فبعد حقنه المرضى بالانخامين (hypophysine)
عثر على اللبليات في عصارة الاثني عشري .

اما من وجهة المعالجة فان الارسنو بانزول بمقادير صغيرة لا يؤثراً اقل
تأثير ويشير (ت ٠) بالنيوسالفرسان بمقادير كبيرة (٠.٩ غ) مما يؤدي الى
الشفاء الاكيد ، وهذه الكمية قاطعة لا يجب ان تؤخذ الا في الاحوال النادرة
. ولا تقاء التمسك يجب الا تقطع المعالجة منذ زوال اللبليات .



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٣٠ م - الموافق لذي الحجة سنة ١٣٤٨ هـ

« وعدنا القراء الكرام باصدار جزء خاص عن داء المتحولات
« كانت قد نشرته مجلة الطب وعلم الصحة الباريسية
« وعهدت بتدقيقه وجمع مواده للدكتور ترابو احد اساتذة
« معهدنا الطبي وانا الآن نهر بوعدنا لان داء المتحولات
« مرض متفش في قطرنا السوري يستدعي الاهتمام ولان
« تظاهراته متنوعة يجدر بالزملاء الكرام معرفتها لتسديد
« المعالجة الفعالة اليها .
« المجلة »

تمهيد

للدكتور ترابو الاستاذ في معهد الطب بدمشق

ترجمها الدكتور شوكة الشطي

هذه المجموعة هي الثانية من نوعها في البحث عن داء المتحولات صدرت
بمجموعة اولى نشرت في مجلة امراض البلاد الحارة فلم يشترك في تدقيقها الا
اطباء سوريون ثم صدر هذا الجزء فاَزرنا فيه اطباء مصريون اعلام حققوا بعلمهم
هذا المجيد تبادل الآراء بين بلدين متجاورين متشابهي الامراض ولا يسعنا

والحالة هذه الا ان نبتدعهم بشكرنا الجزيل لموازرتهم ايانا في عملنا الذي يرمي الى درس امراض الحوض المتوسط والزارا اكثر هذه الامراض نفشياً اذ يشاهد في كيليكية واليونان وتركيا وسورية وفلسطين ومصر وطرابلس الغرب وفي مستعمرات فرنسية في افريقية الشمالية وقد نجت منه حتى الآن فرنسة واسبانية واكثر انتشاره في طرفي شواطئ البحر الأبيض أي في مراکش من جهة ومصر وسورية من جهة اخرى . وقد دلتنا احصاءات مدام بانايوتاتو المضبوطة على شدة انتشار هذا المرض في البحر المتوسط الشرقي في مصر ، واحصاءات شوفاليه من حلب على سعة انتشاره في سورية وهذا ما تحقّقه . يمل لنا ذلك قلة مشاهدة الزحار الحاد ولا سيما في سورية الا في الغرباء وعيالم القادمين حديثاً من جنود وموظفين في المفوضية العليا . ولا تشاهد في الوطنيين الا بقظة زحار مزمن مستمر في الغلب . ويجب الافتكار دائماً في الزحار توصلاً الى معرفة السبب الحقيقي لبعض تظاهراته الشاذة . وقد خصصنا لهذه الیقظات درساً خاصاً مفصلاً . ويجم استقرار التحولات الشاذ من استتار هذا الماء . وقد ذكرت السيدة بانايوتاتو امثلة غريبة كشفت بها اتفاقاً جديدة للانتان التحولي . ولا نرى حاجة الى الاستقصاء في داء التحولات القصي والرئوي المعروف . منذ عهد اويك وفاتان لاريه وبوتينغ والمدون في مشاهداتهم وقد شاهدتها في مصر زميلتنا العالمة وشاهدت السيدة المذكورة التهابات اللوزتين الزحاري الامر الذي حملها على الظن بوقوع باب الدخول في اللوزتين ان هذه الفرضية محتملة كيف لا وقد كان استئصال اللوزتين في احدى حادثات الزحار المتردد الواسطة الوحيدة للشفاء . غير اننا نعتقد ان هذا الطريق نال في الغالب وان الطرق

المضمية هي الأساسية في نقل الداء . تدخل الحلم (protozoaires) القناة المعدية المعوية قصداً مع الأطعمة الملوثة بالبراز ولا سيما باغبرة البراز المجفف المستنشقة أو المبتلعة . فيعوق النسيج البلغمي العامل المرضي عن الدخول . غير ان الهجوم المتتابع بملأ هذا العائق ويكون التهاب اللوزة فيصبح كذخر يبعث بالحلم الى الأمعاء محدثة زحاراً وعليه فإصابة الأمعاء عن طريق اللوزة ممكنة اذن وقد ايدت لنا تردد الداء المتحولي في بعض الحالات غير ان ذلك نادر . والطريق الأساسي لانتقال المرض كما قلنا هو الطريق المضمي بالأطعمة والغبار المعاج في كثير من بلدان الشرق ومهما يكن الأمر فان المشاهدات عن التهاب اللوزة الزحاري يبين علاقة الحلم بالنسيج البلغمي ويتضح الأمر ايضاً باستقرار الزحار في الملى الغليظ وبكثرتة في الزائدة الدودية . وتبين لنا مقالات باولوس بترديس والسيدة بانايوتاتو ان الذيل الدودي المصاب بالزحار قد يكون مذكراً للمتحولات . ثمجهره حيناً بعد حين فتحدث هجمات حادة . ولا يشفي دائماً استئصال الذيل في هذه الحالة الداء المتحولي كما في إحدى مشاهدات بترديس . اما اذا لم يعرف ان التهاب الذيل ناجم من المتحولات فتحدث تفاعلات خلية مسترة في الجوارشبية بالاستقرارات المعوية الزمنة الاخرى : كالتهابات الاجور والسين الحرقفي التي تقضي الى التهابات في محيط الاحشاء نه اليها الاستاذ لوسر كل . وليست هذه التفاعلات نادرة وكثيراً ما تحدث اختلافات معوية بالجم وخصصت السيدة بانايوتاتو مقالة خاصة جزيلة الفائدة لاشكال الكبادات الزحارية الشاذة . وذكرنا في مؤتمر غند سنة ١٩٢٧ مع لويس من بيروت الاشكال التيفية للانسان الزحاري العام وبجثا في التفيرات الكبدية التي

شاهدناها ان الكبادات التيفية الموهمة هي في الواقع ادواء متحولات تيفية الشكل يكون احتقان الكبد فيها شديداً حتى ان اعراضه تعود ادم ما في التناذر السريري وقد تفيح الكبد والشكل البردائي اندرون هذا ولكنه اكثر التباساً . لأز البرداء تؤذي الكبد كالزحار والمرضان بليان في مناطقنا ولسنا نعلم من امكان التباس المرضين وقد قايستهما في مؤتمر القاهرة وبحثناه حواشيها المتشابهة فكلاهما مسبب عن الحلم .

وقد سردنا في هذا الجزء ما درسناه مع عبد القادر الصباغ (دمشق في يرقان مزحورواظهرنا مشابهة عمل المتحولات والحبيونات الدموية في الكريات الحمراء قد احدثت المتحولات في الحادثة التي دققنا فيها يرقانا بانحلال الكريات الحمراء (érythrophorique) كما في اليرقان الناجم من البرداء غير ان اليرقان الدموي المشي في داء المتحولات لا يتم ما لم تمر المتحولات الى الدم

فيحدث اذن تسمم دم بالمتحولات حقيقي في بعض الاحيان . ولا يكون انما الدم هذا الا مؤقتاً كما وصفناه سابقاً فيشبه انتانات الدم بالعصيات الكولونية وهو السبب في تظاهر الزحار في اماكن مختلفة خصصت لها السيدة بانايوتا نظرة عامة قيمة نستنتج من ذلك كله ثلاثة امور وهي ان داء المتحولات في الشرق شائع وهجماته كثيرة واشكاله متنوعة يجب على المتحرر الافتكار في دائماً وهذا يثير له السبيل ليوصل مرضاه الى شاطئ العافية والصحة كما في المشاهدة التي ادلى بها الصباغ على ان مشول الزحار امام اعيننا في جميع المرضى الذين نشاهد مدعاة الى ما يسميه علماء الطفيليات جنون السريريين وقد بينت مقالة خوري هذا الرأي بصراحة لا تقبل الالتباس فانها تضع حداً لهذا الحيرة

وتدعونا الى التفتيش عن داء المتحولات خارج الأمعاء بالطرق المخبرية (استنبات ، حقن) . فعلى ان نتبع هذه النصيحة وتدعو بدورنا الزملاء في مصر وسورية الى الاشتراك مع الطفيليين في أبحاثهم فنتى شاهد هؤلاء العامل المرضي كانوا اشد منا هوساً واشادوا في مدحنا واطرائنا فقد قبل اليه يوم جميع الطفيليين ان خراجات الكبد الزحارية ناجمة من المتحولات مع انها لا ترى الا نادراً في القبح وكذلك الأمر في استقرار الداء التحولي خارج الأمعاء كما اثبتت الاختبارات السريرية . قد تستقر المتحولات في الاعضاء المختلفة وتعاصر زحاراً معمولياً يكشف المخبر فيه المتحولات وتزول هذه التظاهرات بفعل الأمتين . وقد صودف في بعض الانتقالات المتحولة المتحولة التي تشاهد في البراز نفسه وهذا دليل على ان بين الانتقالات والزحار صلة صحيحة فلم تكن السريريات كاذبة بل انها ستوصل الى اقناع المخبر بسهولة وتحقيقاً لهذا الامر يجب اشتراك السريريين بالاستقصاء مع الطفيليين



داء المتحولات الدفين (١) ويقظاته

للحكيم ج. ترايو

استاذ السريريّات الباطنة في المعهد الطبي العربي

وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمة السيد عبد الحليم العلمي (طالب طب)

لا نكون مغالين قطعاً ، اذا قلنا ان داء المتحولات يمكن ان يعد بحجم
احدى رزايا الشرق الاذنى ، وليس اعتبارنا هذا له ، لاستيلائه العلية الواضحة
التي يسهل ادراكها ووصفها ومعالجتها بادويتها العجيبة الباهرة (الامتياز
والارسنوبنزول) ، بل لاصاباته الكامنة الرائجة ، التي كثيراً ما تساعدها ظروف
عصبية ، فتؤدي انثذ الى عراقيل خطيرة ، ومضاعفات غير متظرة .

وهذا لعمرى هو ما استلقت انظار كثير من الاطباء الممارسين في هذه
البلاد (حيث داء المتحولات متوطن) ، اذ وجدوا . انه بامكان نفر قليل من
الاشخاص السالمين ، الذين يآوون غلف المتحولات في ابدانهم ، ان يسببوا
عدوى عدد عظيم من السكان ، كما انهم وجدوا ان هؤلاء الحاملين ، هم انفسهم
اصل الهجمات المستولية المكررة لهذا الداء ، وهم ايضا هم السبب الداعي الى حصول
زحار خفي فيهم ، يتراعى وراء اشباح خداعة غامضة ، مما يجعل كشف
التقاب عنها مستصعباً ، كما لو تزيا داء المتحولات المزمن باعتقال بطن
مستعص . احياناً .

(١) الداء الدفين هو الذي يظهر بعد الخلق ، فينشأ منه شر وأذى (القاموس)

وبناء على ذكر ما تقدم ، ارى ان التنبؤ التحولي الكامن ، جدير أن يعرفه حق المعرفة ، القاصي والداني من الاطباء الممارسين في هذه الديار ، حتى الاوربيين منهم ، كيف لا وسهولة المواصلات الحاضرة بين انحاء المعمور المختلفة ، تدعو عدداً عديداً من الاعاجم الى ارتياد هذه البلاد ، لاجداد اسواق تجارية فيها تباع فيها بضائعهم ومنتجاتهم ، فيعودون بعد حين الى حيث كانوا ، وهم مصابون بأسهال يزونه الى اسباب شتى ، وكلها بعيدة عن الحقيقة ، الحقيقة الراهنة ، الا وهي داء التحولات الدفين . ويستنتج من ذلك ، ان هذا الداء سيصبح متفشياً في انحاء الكرة الارضية المختلفة ، رغمًا عن التباين الكلي بين شتى الاقاليم .

هذا وقد شرع كل من ماريانو وكاسترو دانيال باجراء تحريات قياسية ، على ابرزة عدد من السكان السالمين في بلدة بونس آيريس (الارجنتين) ، فوجدوا ان نسبة التحولات وغلفها في هؤلاء هي ٢٤١٥ / ٠ من الحوادث . كما ان فون كروغ اوسلو ، اجرى العمل ذاته في عاصمة نرويج ، فتوصل الى نسبة مئوية معادلة لـ ٢٥ / ٠ وهي النسبة ذاتها التي وجدها شوفالبي في بلدة حلب وان شئت فقل في سورية . واليكم الاحصاء التالي ، الذي قامت به السيدة بانايوتاتو في الاسكندرية فهو يبين سير داء التحولات الخفي المنشأ في ارض الفراعنة :

(اشخاص مصابون قديماً بالتهاب المعى والكولون . الحالة مثبتة)

مرض بالغ ثلاثة اشهر ١٥٦٦ / ٠

« « ستة « ٢ / ٠

١٣ / .	٠	٠	٠	٠	» « سنتين
١١٩٢ / .	٠	٠	٠	٠	» « خمس سنين
(مرضى كانوا يدون في سوابقهم استقرارات متحولية خارج المعاء)					
١٣ / .	٠	٠	٠	٠	ذوو كبد غير متقيحة
١٤ / .	٠	٠	٠	٠	استقرارات قصية
٦ / .	٠	٠	٠	٠	» « رئوية
٤ / .	٠	٠	٠	٠	التهابات ما حول الاعور والتهابات الزائدة
٢ / .	٠	٠	٠	٠	استقرارات شتى
٥ / .	٠	٠	٠	٠	اشخاص اصحاء

فيمكننا اذن من نتيجة هذه الاحصاءات ان نحكم بان داء التحولات الخفي هو داء منتشر في جميع البلاد السكائنة على الساحل الشرقي من البحر الابيض المتوسط ، واعني بها ارض الشام وارض مصر .

هذا ومن النادر ان تصادف هنا زحاراً حاداً نموذجياً ، اللهم الا قليلاً ، في نفر من افراد الجيش المحتل ، او في الاوربيين الذين نزلوا من البحر حديثاً ، واما الزحار المزمن فهو مرض السكائن المعتاد ، فيبدو فيهم سريراً باشكل برودة خادعة غاشة ، أو اشكال اخرى غيرها ، فاذا استمر هذا الخداع ، وحافظ الثمن المتحولي على قناعه ، ولم يتعرض المريض للتعفنات الاخرى ، او للتأثيرات الاقليمية الحادة القاسية ، يصبح التشخيص والحالة هذه عسيراً جداً فيعود فضل كشفه اذن الى هذه العوارض المضاعفة التي تطرأ على حياه هؤلاء المرضى ، اذ بها يستيقظ داء التحولات ، فيمكن انئذ تعيين هويته .

ومن المناسب في بعض الطوارئ الموقظة للاصابات التحولية المستترة ، ان يلاحظ في الاسباب العامة التي تؤثر في الياف المعى او بالحري التي تحدث الاسهال ، كالبرودة ، والانحراف عن الحمية ، والافراط في استعمال المليينات ، واكل المقدمات المشبوهة ، واللحوم المجففة ، والمشروبات المثلوجة ، اذ يظهر من جراء تأثير احد هذه بعد الطعام يوضع ساعات أو في منتصف الليل ، الآم بطنية تراقبها اسهالات ، لا يشك المريض في انها حالة عامة واعتيادية ، ولكن انتباه الطبيب الى ما في الايص من التف المخاطية المشبوهة ، ولطخ الدم غير المعتاد ، وزيادة الصفراء غير المألوفة ، تدعوه الى الاشتباه بالزحار ، فيستفسر المخبر اذ ذاك فيؤكده هذا له وجود التحولات أو غفلها .

وان ننس لا ننسى ان لامراض المعاء الخاصة بها دخلاً عظيماً أحياناً في ايقاظ داء التحولات من سباته ، اذ ليس من النادر ان نرى اثناء سير الحمى التيفية أو النمشية ، الاسهالات التي اعتدنا رؤيتها في بدء هذين المرضين ، ولكنها مجردة كل التجرد عن صفاتها الأولية : لونها متغير ، مصفرة أو مخضرة ، مرقطة بالدم أو بالمخاط ، والمجهر يكشف لنا وجود التحولات فيها لاول وهلة .

وقد اصبح من المؤكد اليوم ، ان ثبه داء التحولات يحصل عن اختلاف درجة حرارة البدن ، اذ ان صعودها يكون سبباً لاشتداد فوعة البذيرات الجرثومية المستقرة في المعاء ، فمثلاً يشتد نشاط التحولة المسالة للنسج حين صعود الحمى اثناء سير ذات الرئة أو الضنك أو احدى الحميات النفاطية ، أو بعد نوبة بردائية بسيطة أو حمى الجموش (حمى الايام الثلاثة) ، فتظهر تلك الاسهالات المدماة المخاطية ، التي تشخص انثذ بكشف التحولة فيها .

وهكذا يوضح اطباء المستعمرات منشأ الآفات الجلدية (١) التي يندمج فيها الزحار بالبرداء، أو الزحار بالحي التيفية، أو الثلاثة معاً الزحار والبرداء والحي التيفية وهذا العمري منتهى الارتباك اذ يختلط علينا سيرها وتتشوش علينا اعراضها. واخيراً، يمكن لعوارض التزعزع الفروي ان تبعث الزحار الدفين من مرقده، (كما حققنا ذلك بانفسنا مراراً) بعد حقن الوريد بأحد الملاح الفروية أو الارسنوبازين، أو بعد اجراء لقاح بسيط ضد التيفية، أو بعد تفاعل مصلي. حتى ان الأمتين نفسه الذي هو دواء الزحار الوحيد، لا يجري تأثيره أحياناً، بل بالعكس يكون سبباً لأمشاء البطن (٢) بمدة لا تقل عن اربع وعشرين ساعة، ولكن لا يلبث ذلك ان ينقطع بمتابعة المعالجة به (تفاعل هر كزمار في الزحار المتحولي)

وفي الختام، لا بد لنا من القول انه قبل معرفة داء المتحولات الدفين، ومعرفة عدد الحاملين لطفه، لم يستنكف العلماء عن التفكير في ان هذه الاختلافات المرضية المتداخلة، اثناء سير شتى الامراض، هي عبارة عن تطعيم جديد باللاتان المتحولي الحاد الى ان جاءت الحقيقة الساطعة، اذ لم يمض الا عتبة وضحاها، حتى كشف النقاب عن هذا السر القامض، وذلك بمعرفة الداء المذكور، الذي أبان لنا ان كل ما سرد من الحوادث المرضية المختلطة يمكن ان ينسب الى ثيقظ اللاتان المتحولي المتكرر.

(١) الولد الجلدي يكسر الحاء من ابو بن ايض واسود والافات الجلدية المختلطة المنشأ.

(٢) امشي الدواء البطن اسهله ودواء ممشي مسهل.

داء متحولات المسالك التنفسية

للحكيمة السيدة بانايوتاتو

الحائزة على أكلييل قصب السبق من مؤسسة فرنسة

ومديرة مخبر المستشفى اليوناني في اسكندرية

ترجمها السيد عبد الحليم العلمي (طالب طب)

يحتم علينا نواتر استقرار داء المتحولات في المسالك التنفسية ، ان نعد مرتبته بعد مرتبة الاستقرار المعوية والكبدية ، كيف لا وهناك عدد عديد من داء المتحولات القصبي الرئوي الصرف ، الذي لم يكن تالياً لاصابة كبدية أو معوية ، وهو ما سيدور عليه البحث في هذا الملخص ، اذ نروي لكم بضعة مشاهد تستخلص منها معلومات علمية قيمة :

المشهد الاول (observation)

داء المتحولات الرئوي الابتدائي (وقعت في مصر)

التحقت مريضة في ١٤ آذار بالمستشفى اليوناني في اسكندرية بوساطة الحكيم بلّي ، لكي تفحص قشاعها ، اذ اصيبت منذ بضعة ايام باختلالات قصصية رئوية ، موصوفة بسعال وتغخم قحي بدون حمى ، لدى فحص صدرها كانت تسمع في احد شقيه ، نفخة بين الفصين مع خراخر رطبة بعد كل سعال . بالمجهر : عصيات كوخ سلبية في البصاق ولكن عوضاً عنها متحولات زحارية ، (رغماً عن ان المريضة اكدت انها لم تصب مطلقاً بالزحار) حقن الوريد بكمية من الأمتين (٦ - ٨ عشرين الغرام يومياً) فأدى الى الشفاء السريع .

المشهد الثاني

داء التحولات القصبية

الآنسة م. ت. ٠٠٠ ناسخة في احد المصارف ، كانت اصيبت منذ سنتين بزحار شفيت منه بالأمتين ، ومنذ سنة اصيبت ايضاً بسعال عضال مخرش ، مع قشاع غزير مخاطي قيحي ، يأتيها نوباً ، فيضنيها كثيراً .
عالجها زميلنا الفاضل الحكيم تسمى معالجة ذات القصبات ، فلم يمن من ذلك الا خفة جزئية في السعال ، كانت تملوها انتكاسات متفاوتة الوطأة . لذا بعث بها الحكيم تسمى اليها لتفحص بصاقها ، اذ اظهر الفحص السريري خراخر رقيقة بدت حديثاً في ذروة رئتها اليمنى .

فلما جاءتنا رأيناها مريضة شاحبة اللون ، هزيلة الجسم ، تتأبها حتى خفيفة تمسعد الى ٣٨ مساةً مع تعرق قليل ، وتسمع خراخر منتشرة في شقي صدرها ، وخراخر رقيقة في كل من الحفرين فوق الترقوة وتمتها . تحرينا في بصاقها عصيات كوخ مراراً ، ولكن كنا نعود فيها بنجفي حنين ، فحصدنا البصاق اخيراً فحصاً مباشراً . فبدت لنا فيه المتحولات الزحارية ، فأمرع الحكيم تسمى الى حقن الوريد بثنائية عشير النغرام يومياً بالأمتين ، وكانت نتيجة عدة زرقات ، صلاح حال عظيم ، اذ تناقص السعال ، واختفت الحمى ، وعادت الشهية للطعام ، ونشطت الآنسة لعملها ، ثم شفيت شفاه تاماً بعد حقن سلسنتين من الأمتين .

مشهد الثالث

اتساع القصبات وخراج الرئة المنخر

ب. ٥٠ ٠٠٠ عامل في العقد الخامس من العمر . دخل المستشفى اليوناني

في اسكندرية . كان مصاباً منذ سنة بزحار يتشابه كل ثلاثة أو أربعة أشهر مرة . وهو رجل شاحب اللون ، فاتر الهمة ، خائر المزيمية ، يزعجه سعال عضال احتدادي لا يدعه يذيق للراحة طمأ ، حرارته تبلغ مساءً ٣٨° - ٣٩° وصباحاً ٣٧,٣° - ٣٧,٥° ، قشاعاته قيحية منتنة تشابه أحياناً بفزارتها القيئ الصدري (vomique) .

الفحص السريري : في قاعدة الرئة اليمنى صمم وخراخر شتى ونفخة لطيفة اللحن ، وفي قاعدة الرئة اليسرى خراخر تحت الفرقعة .

الفحص الشعاعي : في قاعدة الرئة اليمنى ظل يائي يدل على حجمه حجم البرتقالة تحيط به هالة مرتشحة ، لا يحاوز عرضها عشيري المتر ، ليس له ادنى اتصال بالكبد .

الفحص المجهرى : ليس من حلزونيّات (spirilles) ولا عصيات كوخ في البصاق ، بل متحولات ميتة ، كما ان البراز مجوى متحولات وغلفاً ايضاً . اجرينا له المعالجة المعلومة بمحقن (٦ ٨ عشرين الفرام يومياً) من الأمتين ، فالحمى هبطت ، ولكن بعض اشباه قيئ عادت اليه ثانية ، فعالجناه في الحال بالثيوسالفارسان فكانت النتيجة بعد الحقنة الثالثة ان اخفت الحمى تماماً ، والسعال هدأ ، والمريض تمكن من النوم في سريره بكل اطمئنان ، بعد ان كان حتى هنا الحين مضطراً الى البقاء فيه بوضعة الجلوس ليلاً نهاراً . ولكن وبالأسف لم تكتب له الحياة ، اذ لم تمض بضعة ايام ، حتى عاودته نوبة زلة عنيفة ، تبعها شبه قيئ شديد ، فاخذته جمعية الاحسان ونقلته الى القاهرة حيث قضى فيها نجه .

المشهد الرابع

التهاب اللوزتين والزحار التحولي

ال . دا . ٠٠٠ استاذ في الجمعية اليونانية ، له من العمر ٢٤ سنة ابوه بصحة جيدة ، امه حرضية سكرية (arthritique et diabétique) ، اخوته الثلاثة بفاية الصحة . يضع منذ ثلاث سنوات لالتهاب الزائدة ، ثم اصيب بعدها ببدء التعامل فاحتاج الى اعتنات جراحية ، وعقب وصوله للاسكندرية بثلاثة أو اربعة اشهر التهب لوزتاه فعولجت بغرورات اعتيادية ، وبعد ثلاثة اشهر من هذه اعتراه اسهال زحاري الشكل مرافق بجلط مخاطية مدماء ، والفحص المجهرى اثبت التحولات فيها . ورغمما عن المعالجة النوعية التي اجرى ، كان الاسهال يتابعه لأقل انحراف عن الطعام ، فاضطره الامر الى اتباع حمية قاسية اذ ذاك كما ان هجمات التهاب اللوزتين كانت تعاوده كل شهر مرة واحياناً كل شهرين مرة يرافقها ذرب زحاري . وقد اصبح المريض من جراء ذلك هزيل ، مصفراً ذا بطن متبطل حساس جداً لأقل لمس حول معاه الغليظ ، وبعد فحص محتوى خراج اللوزة الذي تشكل انثذ وجدت فيه المتحولات الزحارية فأشار عليه الطبيب الاختصاصي ارجيروبولوس باستئصال اللوزتين ، وقد فعل . وبعد بضعة ايام من الاستئصال ، اخذ المريض يسترجع قواه وزاد وزنه ٣ كيلوات في شهر واحد ، ولم يعد يحس بألم ما في بطنه ، وهو الآن لا يتبع نظاماً غذائياً خاصاً

المشهد الخامس

(التهاب اللوزتين والتهاب القصبات والزحار التحولي)

أ . ل . ٠٠٠ عاملة في الريم العشرين من عمرها اصبحت في طفولتها بالحصبة

وفي صباحها بنظيرة التيفية (باراتيفوئيد) ، ومنذ ستين بالزحار . وقد شفيت منه بالأمتين والحمية ، وبعد ستة اشهر من ذلك عاد اليها الزحار يرافقه سعال عتيف جاف ، مع التهاب اللوزتين ، وقد تكررت هذه الحال فيها ٢-٣ مرات منذ ذاك العهد .

انتنا المريضة على اثر هجمة جديدة اصابتها منذ ثلاثة ايام وهي تسعل كثيراً وتبصق مواد مخاطية ، وتشتكي عسر بلع ، حرارتها مساء ٣٨ ° وصباحاً ٣٧.٢ ° لوزتها اليسرى مورمة جداً ، حمراء رقطاء .

الفحص المجهرى : في البراز متحولات مع غلفها . في البصاق متحولات وكريات بيضاء كثيرة وبعض محبة الايوزين (واما التحة اللوزية فليس فيها عصيات لوفلر) .

المريضة لا تزال تتألم من عسر بلع وعسر تنفس كما ان تورم لوزتها في ازدياد وقد اخذت تبدي تموجاً واضحاً . وبعد بضعها سال منها عدة قطرات من القيقح وجدنا فيها عدداً من المتحولات .

فحص نواحي الجسد الاخرى لم يفدنا شيئاً . حقنا بالأمتين (١٢) عشرين الغرام يومياً) فاخذت حالتها العامة بعد اربعة ايام في التحسن اذ الاسهال انقطع والسعال تناقص ، وعدد المتحولات في البصاق والبراز قل ، واللوزة اخذت في التندب ، وقد اتمنا المعالجة بمضغوظتين من الستوفارسول يومياً فأفادتها جداً ، حتى عدناها قد شفيت . واشرفنا عليها مؤخراً باستئصال لوزتها ، فلا نعلم اذا كانت تقبل نصيحتنا ام لا ؟ اذ لم نرها بعد .

ان تاريخ معرفتنا لهذه متحولات المسالك التنفسية هو في الحقيقة حديث العهد، اذ يرجع الى اوبيك سنة ١٩٠١ وناتان لاريه وبوتنغ ١٩٠٦ فهم الذين عرفونا وقائمه الاولى، ولنا الشرف ان نذكر اننا وجدنا الوقعة الاولى منه في مصر في آذار سنة ١٩٢٣ .

ان الاستقرار الرئوي لا يتظاهر فقط بجزاخر ذات القصبات منتشرة كانت أو محدودة بل يتظاهر أيضاً بيوثر صغيرة مشكلة من حويصلات رئوية متكبدة (أخذه شكل نسيج الكبد) محاطة بقصيبات دقيقة تظهر في المريض بناحس (ألم جنب متفاوت الشدة يرافقه أحياناً سعال شديد متردد تملؤه قشاعات لزجة مزرجة بالدم .

ان داء المتحولات الرئوي صعب التشخيص لانه يمثل بأفة رئوية قصية حادة كثيرة الشبوع تقلد أكثر العلامات المرضية كالنفخات والصمم والحمى . فالتباسه بسل الرئة كثير الوقوع ولا سيما متى رافقت حوادث النزلة العصبية حتى دقية تعلو ساء الى ٣٨ - ٣٩ مصحوبة بسعال قوي وعرق ليلي وبصاق مدمي . ولكن الفحوص المخبرية المتابعة تنفي عصبية كوخ فنولي وجهنا اذ ناك شطرداء المتحولات الرئوي الذي يثبت لنا ظهور المتحولة في القشاع ، كما ان الامتين يحمل لنا الاشكال في غالب الأحيان بشغائه المريض هذا اذا لم تكن امام تنخر رئوي حقيقي (كما في المشد الثالث) زيد فيه على التنخر الذي احده المتحولة تعفن ثانوي بالحلزونيئات أو اللاهوائيات (anaérobies) فيحول الآفة التشريحية المتبقية الى غنغرينة رئوية حقة . ففي هذه الحالة لا يستطيع الامتين ان يجري فعله العجيب الذي نعهده . ومع ذلك فجميع هذه

الاعمال قد اصبحت اليوم معلومة تمام العلم .

وعدا ذلك فالتهاب اللوزتين المتحولي الذي صادفنا منه حادثين واقعيين
يفتح لنا آفاقاً جديدة ويدعونا الى التساؤل عن باب دخول الحلم للعضوية . أفلا
تحقق هاتان الحادثنان فرضيتنا القائلة بان الاتان المتحولي يتم بواسطة اللوزتين ؟
وماذا نقول في جميع الحالات التي شفي فيها الزحار المتحولي بعد استئصال اللوزتين؟؟
أوليس من الممكن ان تكون البؤرة اللوزية الملتهبة في مريضنا الرابع مذكراً
لهذه الحلم تهاجر منه الى الامعاء وتكمل عملها فيها فتعفن اليانها؟؟

لا نجعل « ان سنووة واحدة لا تجلب الربيع » كما يقول المثل الفرنسي
وان حادثة واحدة لا تكفي لدعم نظرية ، ولكننا نرى بين هجمات التهاب اللوزتين
والنكوس الزحارية همزة وصل لا يمكن ان نعزوها الى الصدفة فقط ، كما ان
اشترك الاختلالات المرضية الثلاثة : التهاب اللوزتين وذات القصبات والزحار
(في مريضنا الاخير) يحقق لنا ايضاً مجمل كير الدلالة عن داء المتحولات .



داء المتحولات المعوي والتهاب الزائدة

بقلم الدكتور بولوبتر يديس جراح مستشفى الروم في الاسكندرية

ترجمها الدكتور شوكت الشطي

على الطبيب حيث داء المتحولات منتشر ان يفكر فيه متى شك مرضاه اضطرابات معوية اياً كان نوعها واذا صادف تناذراً (syndrome) ذليلاً وجب عليه ان يفكر في التهاب الزائدة الحقيقي أو الموهوم .

قد ينبه التوسط الجراحي زحاراً كامناً مستتراً كما شاهدنا اثر استئصال الزائدة أو كشط الرحم وقد صادفت في الحريف المنصرم حادثة نموذجية من هذا النوع .

الملاحظة الاولى : ن . كوت . لما من العمر ٣٨ ربيعاً اصببت بالتهاب الزائدة الحاد وعولجت في بيتها زهاء شهر وقد دعيت اليها مستشاراً مرتين أو ثلاث مرات وتم الاتفاق مع الزميل المعالج على وجوب التوسط بعد زوال النوبة الحادة . اجريت العملية في المستشفى ولم يقع عارض ما ورأيت ان الزائدة ملتبة التهاباً خفيفاً ثم انقضى يومان على المريضة وحالتها الصحية حسنة غير اننا فوجئنا في اليوم الثالث بحمى درجتها ٤٠.٦ وحصر وانقباض الوجه ولم يظهر في البطن ما يبين سبب هذه الاعراض ثم بدت بعد بضع ساعات علامات الزحار الواضحة (براز مخاطي مدمى عديد) فبرزت المريضة عشر مرات في اثنتي عشرة ساعة . وكشف الفحص المجهرى في البراز متحولات عديدة فلم يعد من مجال للشك في طبيعة المرض فحقنت المريضة بالامتين حسب القاعدة .

عجبتنا لهذه الحادثة واخذنا نستفسر المريضة سوابقها فاستتجنا امرين :

- ١ - انها لم تصب سابقاً بالزحار مطلقاً مدة اقامتها الطويلة في مصر .
- ٢ - انها تشكو منذ ثمان سنوات اضطرابات هضمية عدها اكثر الاطباء التهاباً في المعى والكولون هنا ما لاحظناه وبماذا يجب ان نفكر اذن ؟ قد يمكن داء المتحولات المعوي ولا يظهر بظهور الزحار الواضح مطلقاً ثم يبدو فجأة بعد بضع سنين في سياق مرض آخر أو اثر البضع كما في حادثة استئصال الزائدة السالفة الذكر . وقد رأينا يقظة الزحار تلو كشط الرحم في امرأة مصابة بالتهاب اطن الرحم لها من العمر خمسة واربعون عاماً .

المشاهدة الثانية : امرأة سنها ٤٥ عولجت منذ شهر ولم تكن تشكو خلاله أي اضطراب معوي كسخت رحمها فشكت بعد الكشط بثلاثة ايام تبرزاً زحارياً بيانياً وارتفعت حرارتها حتى ال ٤٠° شككنا في يقظة برداء كامنة غير ان ظهور المتحولات في البراز كشف القناع عن طبيعة المرض لزحارية وفحص الدم نفى البرداء وقد شفيت المريضة سريعاً بالامتين وذكرنا من المؤلفين عدة حوادث مشابهة ونشر الاستاذ بول كارنو في العام المنصرم حوادث لا تدع مجالاً للشك وشاهدت حادثتين ارسلت احدهما الى جمعية لامراض المعدية والمعوية في باريس والثانية الى جمعية الجراحة البلجيكية واني نت هنا على ذكرهما بايجاز .

المشاهدة الثالثة : رجل عمره ٤١ سنة دخل المستشفى يشكو تنازراً دودياً طائحه العامة سيئة حماء ٣٨-٣٩٦٥° نبضه مائة تنفسه ٣٨ اسهالات ، ألم في نقطة الكبورنه . وتبين حين اجراء العملية ان الزائدة سليمة اما الأعور فكانت

اعضاده متفيرة . ومات المريض متأثراً من تسمم الدم الخطر . وشوهد حين فتح الجثة التهاب مفرح في الأعور والكولون زحاري المنشأ . واثبت الفحص النسيجي أيضاً الذي اجراه الاستاذ اسكانازي من جنوه طبيعية المرض الزحارية .

ارعد الحادثة هي حالة التهاب اعور متحولي لم تصاحبه اعراض الزحار المعروفة وقد شاهد زكري كوب عدة حوادث من هذا النمط وبحث فيها روجه في كتابه وقال ان الجراح قد يضع ظاناً ان هنالك التهاباً في الزائدة مع ان المرض هو التهاب في الأعور وبحث عن ذلك ايضا ديكس وباري وكروب وذكروا زكري كوب ان كثيراً من الاطباء وقعوا في مثل هذا الخطأ وسمي كثيراً مثل هذه الحوادث غير ان اكثرها لم ينشر .

المشاهدة الرابعة : شابة عمرها ١٧ سنة ارسلت الينا وقد شخص داؤها التهاب الخلب الذيلي فوافقنا عليه . ولم نجر العملية لأسباب لا علاقة لها بالطب واخذت المريضة تحسن تدريجياً الى ان اعتراها فجأة اسهال . وقد شوهدت في البراز متحولات فعولجت بالامتين فزالت الاسهالات والتناذر الذيلي المرافق .

بتفاعل الخلب في بضعة ايام .

والخلاصة ان هذا التناذر هو تناذر ذيلي موهم مع عوارض التهاب خلب حاد نعيم من داء المتحولات المعوي غير انه تلا اعراض التهاب الزائدة . بدأ داء المتحولات المعوي في المشاهدات الاولى والثالثة والرابعة باعراض التهاب الذيل الموهم غير ان التظاهرات كانت مختلفة فقد تظاهر داء المتحولات اثر البضع واما في الحالة الثانية فلم يظهر ما يدل على داء المتحولات وقد عرف بالفحص النسيجي بعد الموت واما في الحالة الثالثة فقد ظهر الزحار الممنع في سياق التهاب

الزائدة وتدل مشاهداتنا الثلاث على التهاب الزائدة الموهم . وهناك ايضا التهابات زائدة حقيقية تستقر فيها المتحولات في الذيل الدودي .

١ - التهاب الزائدة الحقيقي : لنبحث اولاً عن هذا الالتهاب الذي اشتغل به كارتوليس قبل كل احد . وقد وجد وولي وموسغراف في ١٠٠ شخص مزحورين فتحت جثثهم بعد الموت ١٤ حادثة كان الذيل الدودي فيها موهماً وقاود كشف متحولات حية في ست منها . وشاهد لوفوف وهوير في فتح الجثة الجري في مكدونيا تنمبا مواليا في ذروة الذيل الدودي واحيانا في قاعدته وتدخل في الزمرة الثانية الحادثة التي ذكرها بونه ولويس وميشون في جمعية ليون الجراحية وقد شاهد هوير في ٤٩ مزحوراً فتحت جثثهم تنمبامويا في سبع حداثات كان الأعور مقر الانتعاب في ثلاث منها والسين الحرقفي في حادتين والذيل الدودي في حادتين ايضا فتكون النسبة ١٤ الى المائة منها اربع في الزائدة وقد شاهد لوروا دوبرار في الهند الصينية التهابات الذيل الزحارية مع تفرح ثاقب فيه ويناسب هذا الشكل آفة تشريحية في الزائدة ويبدو بثلاث حالات كما اوضح ذلك غ . ايزار في تبعه عن داء المتحولات .

١ - يسير الزحار بصفحته السريرية دون ان تبدو علامات خاصة تنم عن اضطراب في الأعور والذيل . ولندبر ان مقر الزحار المتحولي التشريحي هو الشرج والعروة السينية وعلى عكس ذلك فان استقرار المتحولات المخربة (الاتاميا هيستوليتيكا) واقم في مناطق الكولون العلوية وهي اقل تصادفاً أو بالأحرى نادرة في الأعور . فلا يشعر المريض بآفة الذيل بل يكشف ذلك صدفة اثناء فتح الجثة .

ب يتعرقل الزحار بتناذر التهاب الخلب الحاد ويعزى ذلك الى انتقاب المعى الفليظ حناء قرحة زحارية متحولية وهي في الحقيقة ناجمة من انتقاب الذيل وقد ذكر هوير ولغوف حادثة كبيرة الدلالة .

ج - والحالة الأخيرة هي انه يظهر في سياق سير الزحار علامات التهاب الذيل البدوي ثم يبدو التهاب خلبي على اثر انتقاب الزائدة فتشترك آفات الزائدة بآفات الأعور والكلون المتحولية وان مشاهدة هوير الجميلة ومشاهدة زكريا تميظ اللثام عن هذا الشكل .

٢ - التهاب الزائدة الموهم وهو الذي يهنا اكثر من غيره لأنه اكثر وقوعاً من الالتهاب الحقيقي ويحمل الطيب متردداً في وضع التشخيص وتعين الاستطباب .

ينجم التهاب الذيل الموهم من تغير تشريحي في الأعور أو في الكلون الصاعد . وقد تقلد تقرحات الأعور الزحارية حسب رأي كرومب التهاب الزائدة وذكروا جرمين كلكوتا الحجير بالزحار المتحولي ان الزحار المستقر في الأعور قد يسير متكتماً بدون علامات جليلة في مناطق الكلون السفلية من شأنهاتيه الطيب بل تبدو فوراً بشكل التهاب الزائدة المكتمل الاعراض وهذا ما يجبر الجراح على البضع وقد اعترف زكريا كوب في كتابه انه بضم مريضين شخصاً انهما مصابان بالتهاب الزائدة مع انه لم يشاهد بعد التوسط الجراحي إلا التهاباً واضحاً في الأعور وقد ذكر زميله شويس الحجير بالأعور الزحارية ايضاً انه شاهد في كثير من المستشفيات توسطات جراحية على الزائدة مع انها بدت سليمة وكان مقر الآفات في الأعور وكتب مؤلف

انكليزي آخر وهو ديك في مقالة شيقة عن الزحار في مصر ما نصه :
 « يستحيل تمييز التهاب الزائدة الخفيف الحدة أو الزمن عن الآفات المستقرة
 في الأعور ما لم يفحص البراز فحصاً مدققاً بعد تجرّيع المريض كبريتاة المغنيزيا
 فكشف المتحولات والدم والقيح في المخاط البرازي يوضح التشخيص »
 هذا اذا كنا نكثر الشرح عن التشخيص الفارق فليست الغاية من
 ذلك ابداء اراء نظرية بل هي للفائدة العملية التي تجني منه لأسباب :
 اذا كانت الآفة التهاباً في الزائدة حقيقياً وجب البضع بأسرع ما يمكن
 وهنا لا يمنع استعمال الأمتين واما اذا كانت الآفة التهاباً في الأعور متظاهراً
 بظهر تناذر زائدي موهم كان اجتناب البضع واجباً لا بل كان اتسوط الجراحي
 خطراً ايضاً وتكفي حينئذ المداواة بالأمتين .

لقد شاهد اطباء البلاد الحارة بعد الحرب الكبرى ان عدد الآفات الزحارية
 ازداد كثيراً وسيزداد هذا العدد ايضاً مدة طويلة . ويجب ان نذكر دائماً
 انه قد يشاهد تناذر ذيلي موهم يكون الدليل فيه سليماً أو موهوماً في سياق داء
 المتحولات المعوي عامة وفي سياق الزحار المتحولي خاصة (كارتوليس)

درس التناذر الذيلي الموهم درساً مدققاً في السنوات الخمس العشرة
 الأخيرة فقد بحث زكريا كوب في فصل الزحار المستقر في الكولون والأعور
 من كتابه عن التناذر الذيلي الموهم ما استنتجه من ابحاثه الشخصية بما يلي : (اوصي
 الجراحين المشتغلين في المناطق الموهمة بالزحار ان يفحصوا البراز وان يعالجوا
 مرضاهم بالأمتين قبل ان يضعوا مرضى يشكون اعراض التهاب الزائدة المرافق
 بتعجن في الحفرة الحرقمية اليمنى) وقد ذكرتنا كلمات زكريا كوب الرشيدة

حادثة ابنة طيب ممتاز نقلها لنا رالي في مقالته عن داء التحولات المعوي في مصر ، اصبحت المريضة المذكورة بالزحار قبل ان تبدو اعراض التهاب الزائدة وشخص في لوزان ان مرضها هو التهاب الزائدة الدودية المزمن فاستؤصلت زائدها ولما عادت الى مصر عاودتها الاضطرابات المعوية وكشف الفحص المجهرى في برازها غلف التحولات فتكون المريضة قد بضعت اذن من اجل التهاب الذيل الموهم . وكان المرض تناذراً ذليلاً متحولياً موهماً . وقد خصص جان فيف اطروحة المتعة بالزحار وتحسن مطالعتها لما فيها من الفائدة ويجب الاعتراف بان التشخيص الفارق لالتهاب الزائدة الموهم عن الحقيقي صعب ان لم يكن مستحيلاً اما الانذار فنوط بالخطر الزحار .

ويجب ان نذكر بضم كلمات عن المداواة قبل ان ننهي البحث . المعالجة منوطة بالتشخيص فاذا شخص الزحار وجبت المداواة الطبية بالأمتين فاذا استمر التناذر الذيلي على الرغم من المداواة بالأمتين وجب التوسط كما في التهاب الزائدة الحقيقي بدون ادنى تردد

وصنوة القول انه يجب علينا تقسيم داء التحولات المعوي الى فصلين ١ - الزحار الحاد ٢ - الزحار المزمن . فقد تلتبب الزائدة في الزحار الحاد وتتكون آفات تشرجية متحولية غير ان الاعراض تكون مختلفة الوضوح وقد تسير علامات التناذر الزحاري والحادثات الخلية التالية لانتقاب الذيل الذي يستقر فيه التفرح المتحولي . وتصادف حالتان في شكل الزحار المزمن ١ - اعراض ذيلية معاصرة لآفات متحولية في الزائدة : التهاب الزائدة الحقيقي ب - تناذر ذيلي بدون آفة تشرجية في الزائدة : التهاب الزائدة الموهم .

داء المتحولات الذيلي

بقلم الدكتور بانايوتاتو

ترجمها الدكتور شوكة الشعلي

اصبح داء المتحولات الزائدي معروفاً منذ اجاث كار توليس وموسغراف .
وقد شاهد المؤلف الثاني في زوائد جث المرحورين بناء المتحولات آفات في
١٤ حادثة وشاهد متحولات حية في ست حداث وصادف كارل حداث مماثلة
واننا نرغب الآن في ذكر بعض مشاهدات خاصة تبين استقرار المتحولات
في مناطق مختلفة وظهور الداء باشكل سريرية متنوعة

١ - التهاب الزائدة الفائق الحدة ذو الشكل الموافي

السيدة بال ٠٠٠ لها من العمر ٣٠ سنة اصيبت سابقاً بزحار شفي بالأمتين
ولم تعترها اي علامة معوية منذ ثلاث سنوات ظهر معها منذ ثلاثة ايام براز
مخاطي مدمى مع معص خفيف استشارتنا بشأنه . وكشف الفحص المجهرى
في البراز متحولات لذلك باشرنا المعالجة بالأمتين بمقدار ٠/٠٦ يومياً فتحسنت
المريضة واخذت تنزه قفل عدد البراز واصبح المخاط المدمى اقل غزارة واخبرتنا
شقيقة المريضة في اليوم السادس انها اخذت تشكو معصاً فعايناها ولا حظنا ان
وجهها ينم عن ألم وبطنها حساس ومتبطل قليلاً . وكان التحسس زائداً في
نقطة الذيل الدودي فأوصينا المريضة باستعمال رفاضات باردة كحولية أو
الاستبراد بكيس الجليد فظلت الحالة في اليوم الثاني على ما هي عليه واستمرت
الآلام طول الليل واعترى المريضة غثيان وقيء فاجرنا استشارة طبية مع

الزميلين سامي وبتريديس فلاحظنا ان الآلام قد خفت وان التحسس في نقطة
مالك بورنه هجع كثيراً فثارنا على المعالجة بالأمتين ووضع كيس الجليد على
البطن ثم جاءنا هاتفاً في الساعة الواحدة بعد الظهر ان المريضة اخذتها الآلام غير
محتملة في البطن مع اقياء وان حالتها ساءت فنقلت الى المستشفى وبضعها الحكيم
بتريديس في الساعة التاسعة فشهدنا ان الزائدة متنفخة يبلغ طولها خمسة
سنتيمترات وممتلئة قيحاً وان نهايتها متغفرة فحطنا القيح مجهرياً فبذت فيه
متحولات وكشفت في مستنبتهمكورات عقدية وعنقودية ثم اخذت حالة المريضة
تسوء على الرغم من التوسط وما لبثت ان بدت علامات خلية وارتفعت الحرارة
واعترى المريضة حصر وفواق عقبه الموت بعد ثلاثة ايام .

٢ - التهاب الزائدة المزمن الزحاري الموهم

ر . س . فرسية متزوجة بمصري عمرها ٣٥ سنة اصبحت منذ ثلاث
سنوات باضطرابات رحيمة ولم تسبق اصابتها بمرض ما الا بزحار اعترأها بعد وصولها
للاسكندرية بضعة ايام وشفيت بسرعة وقد اشتكت بعد اربعة اشهر فجأة
قولنجات جديدة شديدة جداً وتبرزاً مخاطياً مدمى عولجت من اجله معالجة
نوعية ثم اخذت تعاودها النوب الزحارية مرة كل اربعة أو خمسة اشهر
وكانت تعالج بالأمتين فتشفى شفاً مؤقتاً . ثم اخذت تتبع حمية خاصة خشية
نكس المرض وارتداده . وقد اعترأها يوماً نوبة شديدة فعابنها الحكيم الاميركي
بروك وشخص اصابتها بالتهاب الزائدة ونقلها الى سريريات كلارك كي فبضعت
في اليوم الثاني وبدت الزائدة متنفخة ومملوءة قيحاً وانها على وشك الانتقاب
وكانت عواقب العملية حسنة فشفيت ولم يعاودها المرض منذ سنتين .

٣ - خراج ما حول الأعور المتحول الممثل

بالتهاب الزائدة

نشرنا هذه المشاهدة في جمعية الأمراض الحارة في باريز وهي مريضة .
 للحكيم سامي بضمها الحكيم مبلوما من اجل التهاب الزائدة فبدت سليمة ليس
 فيها اقل علامة للالتهاب ولكنه شاهد حول الأعور مجعاً قيعياً فيه قيح مخضر
 كشف الفحص المجهرى فيه متحولات حية واطهر الاستنابات طهارة القيح من
 الجراثيم . افرغ القيح وعولجت المريضة بالأمتين فشفيت .

يستنتج من هذه المشاهدات الثلاث ان المتحولات تستمر في الزائدة
 مستعمرة اعضاءها على الرغم من تحسن الاضطرابات المعوية تحسناً ظاهرياً أو
 حقيقياً . وقد يتبع هذا الاستقرار سيراً مريعاً فيحقق صفحة سريرية تشابه بكل
 صفاتها التهاب الزائدة المواتي المعروف وهي خطرة مثله . وكان سير النوب
 الزحارية ونوب الزائدة عجبياً في الحادثة الثانية . والمشاهدة الأخيرة مثال
 لصعوبة التشخيص الفارق لالتهاب الزائدة عن التهاب الأعور المتحولي .



اشكال الكباد المتحولي الشاذ

بقلم الدكتور بانايوتاتو

ترجمها الدكتور شوك الشطي

لا تزال بعض اشكال الكباد المتحولي المتفحش الشاذة مدعاة الى الارتباك على الرغم من ان هذا الاء معروف منذ عهد طويل . وفيما يلي بعض الأمثلة :

أ - الشكل التيفي

فاطمة . . . مصرية عمرها ٣٨ سنة متزوجة ولها ثلاثة اولاد متمتعون بصحة جيدة ، اصبحت منذ بضعة اشهر باضطرابات معوية كولونية وباسهالات متناوبة مع امساك وكان يظهر في البراز حينا بعد آخر مخاط مدمى شبيه بمذقوق البطاطا واعترتها منذ اسبوع حصى ليلية الزمته الفراش وهي في الوقت الحاضر منهكة لسانها متكئن تشكو صداعاً وغثياناً ودواراً درجة حاها ٣٨ وقت الظهر وتزداد مساءً بطنها متبطل قليلاً كبدها ضخمة تتجاوز حافة الضلوع باصبعين ، طحالها ضخم . وتسمع بعض خراخر منتشرة في الرئتين ولا سيما في القاعدتين وفي اليمنى منها . القلب طبيعي ، النبض منتظم وممتلئ عدد دقاته ٩٢ التلازن المصلي مع العوامل التيفية والمكورات المالبطة سلبى . عدد الكريات البيضاء ٢٢٦٠٠٠ في الملمتر المكعب فلا مجال اذن للشك في الحمى التيفية ثم بدت عرواء مساءً وعرق ليلي وتحسس شديد بقرع المراق الايمن وجسه مما يذل على الكباد .

بزلت الكبد بزلًا استقصائيًا فأخرجت بضع قطرات قيحية وفحص البراز فظهرت فيه غلف متحولات . حقنت العضلات بـ ٠/٠٦ . أمتين صباحًا ومثلها مساء وجدد بزل الكبد في الورب التاسع على الخط الأبطي فخرج قيح لونه شبيه بالشكولاتا حقنت الكبد بـ ٠/١٢ . أمتين فتحسنف حالة المريضة في اليوم الثاني ونقص حجم الكبد وخف احتساسها . وثو بر على المعالجة بالأمتين خمسة عشر يومًا واستعمل الستوفر سول فظهر المعاء .

(مشاهدة الدكتور بالاسوبولوس)

حادثة مشابهة للسابقة تمامًا مثلت الحى التيفية بصفحتها السريرية وقد بدأ تفاعل فيدال سلباً مرتين . وازداد عدد الكريات البيضاء في الدم واصبحت الكبد حساسة وضخمة فتجاوزت حافة الاضلاع مما يدل على التهابها وقد أكد ذلك الشفاء بالأمتين .

(مشاهدة الدكتور بترديس)

مريضة بضعت منذ سنة لاصابتها بسرطان دخلت المستشفى مصابة بمجى مرتفعة وحصر واسراع نبض وصغره ففكر الدكتور أولاً بالاستعمار السرطاني غير ان فحص الدم كشف ٤٠٦٠٠٠ كرية بيضاء وازدياد الايوزينيات ازدياداً شديداً ٠/٨ . وبما ان حالة المريضة كانت سيئة لا تجيز التوسط الجراحي فقد امتنع عنه وماتت في اليوم الرابع وتحت جثتها فشوهد في كبدها ثلاث خراجات كشف في قيحها متحولات .

ان صنفحة الحى التيفية في هذه الحادثات الثلاث تبدو بارتفاع الحرارة بين ٣٩ - ٤٠° ، وجفاف اللسان وتكثته وتطبل البطن ، والذهول والهذيان والغثيان

والاقياء ، وازدياد حجم الكبد وضخامة الطحال وخراخر تنفسية واسهالات .
 واذا لم يمت المريض في الاسبوع الثاني كما في المشاهدة الثالثة حيث كان السير
 صاعقاً ، يكون المشهد السريري مشابهاً في جميع نقاطه لمشهد حمى نيفية خطيرة
 فعلى الرغم من تموج منحنى الحرارة وعدم انتظامه فان صغر النبض واسرعه
 والنوم المشوش والهذيان والصداع الشديد وجفاف اللسان توقع في الخطأ ولا
 سيما اذا لم يظهر ألم في الكبد ولم يكن للزحار اثر غير ان تعداد الكريات البيضاء
 والبزل الاستقصائي وفحص البراز المتكرر ينير طريق الطبيب ويهديه الى
 التشخيص القويم .

ب - الشكل البردائي

مشاهدة المكتورة بانابوتاتو

اميلي ف . من شيربوت مرت عليها خمسة وثلاثون ربيعاً متزوجة ولها
 ثلاثة اولاد اصحاء استشارتنا في السريريات شاكية نوب حمى وعرواء وعرقاً
 غزيراً . وقد اصابها منذ سنتين زحار شفي بالأمتين . واعترتها منذ ذلك الحين
 نوبات التهابات معوية كولونية عولجت بأدوية مختلفة . المريضة شاحبة اللون
 فقيرة الدم ، تعترها منذ عشرة ايام نوب حمى يومية تصحبها عرواء وعرق غزير .
 تبلغ الحرارة في المساء حتى ٣٩.٦٣ الكبد مؤلمة تتجاوز الضلوع بأصبعين ، الطحال
 ضخم قليلاً وحساس بالجلس العميق وتبدو في نصفي الصدر خراخر منتشرة
 عولجت المريضة بمحقن الكينين فلم تشف ، البراز طبعي اذا صدقت المريضة
 وقد فحص مجهرياً فكشفت فيه غلف المتحولات وبعض متحولات ميتة
 ولم تبد في فحص الدم حيوانات دموية وظهر عدد الكريات البيضاء زائداً .

حقنا المريضة بـ ٠٠١٢. أمتين فتحصنت في اليوم الثاني وهبطت الحمى الى ٣٨°
واخذنا نحقن المريضة يومياً بـ ٠٠١٢. مدة اسبوع فتم الشفاء وطهر الانبوب
المضغي باعطاء حبتين من الستوفرسول في كل منها ٠٠٢٥. يومياً مدة ١٥ يوماً.
تشبه هذه الحادثة مشاهدات سيمونن وششمس ورودريكر ولوغران فلم يعد
من شك ان داء التحولات الكبدي قد يقلد الاثنان البردائي ومما يضلل الطبيب
اصابة المريض سابقاً ببرداء واقامته في بلاد موبوءة بها غير ان فحص الدم يحلو
الأمر ويثبت طبيعة المرض والمداواة التجريبية لا تترك مجالاً لأي شك
ويجب دائماً الافتكار في داء التحولات في البلاد الموبوءة تحاشياً
للوقوع في الخطأ.

درس حالة يرقانية

اثناء سير الزحار التحولي

للدكتورين

عبد القادر الصباغ

و

ج . ترايو

طبيب في الجيش الفرنسي

استاذ السريريّات البطنية في المعهد الطبي

السوريّ

وطبيب للمستشفيات العسكرية بدمشق

ترجمها السيد عبد الحليم العلمي (طالب طب)

٥٠٠٠ ر . جندي تونسي من فرقة الرماة العشرين دخل المستشفى العسكري في دمشق في ٢١ ايلول سنة ١٩٢٦ لمرض اتنا به منذ ثلاثين يوما ، فهو يشتكي بطنه ويتغوط ٦-٧ مرات يوميا مع زحير وطحير ، مواده الغائطة صفراوية اللون سيالة ، فيها جلط مخاطية ودم . فحصها المجهرى اظهر متحولات حبة عديدة ، حقن الوريد بالأمين اخفى الالتهال ، والالام البطنية بسرعة ، الحرارة اخذت في المبوط اذ كانت تصل في البدء حتى ٣٨-٣٩ .

ويت القصيد في موضوعنا هو اننا كنا نلاحظ في المريض ان الحالة اليرقانية الواضحة تمام الوضوح التي كان مصابا بها كانت تخف رويدا كلما خف الزحار ، وقد كانت تبدأ فيه منذ الآلام البطنية الاولى متصفة بتلون الجلد والملتحات بالصفرة ، بدون الم ما حذاء الكبد أو المرارة وبدون ملاح صفراوية ولا اصبغة طبيعية في البول بل كانت فيه كمية محسوسة من صفراء البول

اليرقان الهادم للكريات الحمراء (I. érythrophorique)

وأمراض اليرقان في مريضنا شبيه بذلك إذا إنه لم يكن بردائياً لنفكر بالبرداء . (لأن المريض خالٍ من السوابق البردائية وضخامة الطحال والحيويونات الدموية) .

وعنا يخطر ببالنا سؤال ، وهو أليست التحولات حلاً كحيويونات لافران الدموية ، أوليست مثلها هادمة عظيمة للكريات الحمراء ؟؟ اذ في الحقيقة رغماً عن المعالجة المصلحة التي شفت مريضنا في بضعة ايام فإنه فقد من الدم زهاء ١٦١٠٠٠٠٠ كرية حمراء في معشار المتر المكعب دون ان تضع الكريات الباقية نسبتها من خضاب الدم . أفليس هذا من علائم الخراب الكروي الناجم من آلية طبيعية .

وهكذا يفتح فصل جديد في باب اليرقات الدموية المنشأ الناجمة من خراب الكريات الحمراء المباشر الذي تحدثه الحلم (protozoaires) المولعة بالدم

تنقلات متحولية نادرة

للدكتور بانايوتاتو

الحائزة على قصب السبق من مؤسسة فرنسة

ومديرة مخبر المستشفى اليوناني في الاسكندرية

ترجمها السيد عبد الحليم العلمي (طالب طب)

لقد أصبح داء التحولات المعوي وداء التحولات الكبدي وداء تحولات
المسالك التنفسية من الامور المسلم بها ، والشائعة في كل قطر ومصر . وهانحن
تقدم لكم ضمن موضوعنا هذا معرضاً نريكُم فيه مجموعة تنقلات ناشئة من
التنن الجمولي .

فندكر اولاً شيئاً عن مخراجات الدماغ التي قد اصبحت اليوم معلومة تمام
العلم ، رغمًا عن قلة حصولها ، اذ ان اعراضها قلما تختلف عن اعراض خراجات
الدماغ الاخرى ، والتي هي اولاً ألم رأس شديد ، مجدود أو متعمم في جميع
الجمجمة ، لا يخف الا بالمورفين او بوضع خريطة ^(١) الجليد (sachet de glace)
على الرأس ، وحياناً وذمة خفيفة في الجفنين تمتد اخيراً الى الوجه (لوغرنند)
ثم اقياء وضباب الرشد وتشوش الحدقتين (اذ يصبح تفاعلها بطيئاً) ، وبالبزل
القطني الذي ينصب فيه مائع لونه كلون مائع القيلة المائية مع ايضاض دم خفيف

(١) الخريطة هي وعاء من جلد يضع الراعي فيها زاده فهي اقرب للمعنى المطلوب

من كلمة مخفظة اه (المترجم)

(leucocytose)، ويضاف الى هذه العلامات عادة اعراض الاستقرار داخل الدماغ .

ان سير المرض سريع جداً ، اذ يحصل الموت في نوبة سبات بعد اسبوع أو اسبوعين ، واسرع من ذلك اذا كان المجمع القبيحي حاصلًا في البطينات ويفتكر في السبب المتحولي اذا عرف (من استجواب المريض المجري حسناً) انه اصيب بسوابق مرضية زحارية أو التهاب كبدي زحاري وكان الطبيب طاملاً بان استقرار داء التحولات في الدماغ بعد اشهر حتى بعد سنين من الاصابة بالزحار أو بعد توسط كباد متقيح أمر ممكن الحدوث . فيظهر من ذلك ان التشخيص مستصعب ولا يستطيع وضعه الا بعد بزل القطن وقصد الحى والسوابق المرضية ووجود الغلف في البراز والاذنار وخيم جداً الا اذا علم المرض باكراً فيكون انقاذ التوسط الجراحي خير سبيل الى تخفيف شدة الانذار اما الاستقرارات في الجهاز السوراني فهي ثانوية عادة اذ ان خراج نص الكبد الايسر يفتح على التأمور كما شاهد ذلك سامبوك في تونكين (الصين) وباتريديس في مصر . وقد حدث من هذا النوع ٢٤ وقعة في جميع العالم الطبي حتى الآن . والموت هو العاقبة الوخيمة عادة بسبب انبثاق القيح في التأمور اذ يعترى المريض انذار شديداً حول التأمور يأتيه فجأة ، ولا يلبث ان يختطفه من عالم الحياة في بضع دقائق . ومع ذلك فلا يعلم التشخيص الا بعد فتح الجثة اذ من الشاذ ألا يكون الموت وهلياً ولكن الزلة وضعف غمائم القلب والنقص الحيطي الشكل كل ذلك ينبهنا الى ملاحظة طبقة القلب المصلية التي قد تملي علينا تشخيصاً قابلاً للاحتمال كما هي الحوادث التي صادفها زانكارول

ودوماس ، وشوفاليه ، ودو كاسترو .

ومن الاستقرارات النادرة الاستقرار الطحالي الذي يكون تالياً لاصابة كبدية أو يظهر كتنن اولي ، وعلى كل حال فأعراضه الاساسية هي الحمى والالم المستقر في المراق الايسر والتورم في الناحية ذاتها وما يساعدنا على وضع التشخيص وجود مجمع قيجي في الكبد أو وجود زحار معاصر أو متقدم . كما في الحالات الثلاث التي شاهدها كارتوليس ، وبرايتون ماكسويل ، وعرقنيجي ، واسماعيل اما داء المتحولات البولي فسيكون البحث الأتم علماً فيما اذا تمحي بانتظام اذ صادف التهاب المثانة فيشار ١٨٨٣ وجورغانس ١٨٩٢ وكارتوليس ١٨٩٣ . ونحن صادفناه في مصر في كانون الثاني ١٩٢٣ وباتزاتي وجده في تموز ١٩٢٢ وصادف التهاب الكلية لأول مرة كاياس في مخبر الاسكندرية الاربعيني بنسبة ٠.٠٦٢ /٠ من حوادث الزحار المتحولي ، ثم غيد صادفه بنسبة $\frac{2}{192}$ وسامبوك صادفه بنسبة $\frac{1}{102}$ كما ان بترديس كاربونارو ونحن وباتزاتي

في مصر ، وشوفاليه وسوليه في سورية ابدينا امثلة عديدة على ذلك . ومن الاستقرارات المتحولية النادرة بل الشاذة الاستقرارات التناسلية : فخراج المبيض كشفه ويليامسون وباريس في مريضة اصيبت بالزحار وقد ثبت وجود المتحولات في قبح الحراج وفي البراز في آن واحد والعلية ابدت التصاق الغدة المذكورة بجدر المعاء . والتهاب الحصى والبربخ صادفه وورتان ١٩٢٢ في مزحور . زمن وقد تبين بعد خزع هذين العضوين ان المتحولات كثيرة فيهما . ووجد هيناس هذا الطفيلي في المائم المنوي ١٩٢٣ .

ومن الممكن ان نفهم جيداً حصول داء متحولات الجملة البلغمية فقد لاحظ جوب وسبيك دخول متحولة في العقد الماسارية في مريض كان يدي تنقلات كبدية . ووجد وانيون الطفيلي سائراً في الاوعية البلغمية الماسارية في هرة لقحت به في معائها المستقيم . وكشف فلوسنة ١٩١٠ مشدداً هو من الاهمية بمكان اذ وجد وربما بطناً لا يقل وزنه عن ١١٠٠ غرام في مزحور اصاب بعدة خراجات كبدية وقد كان الورم مشكلاً من كتلة عقد في قسمها التميم المتحولات الزحارية الكثيرة الحية والماتة . ووجد كل من كوفواد وسافي وباهري في سنة ١٩٢٢ متحولات زحارية في ذات العقد في ثلاثة مرضى كانوا مصابين بمرض هودكن (تورم العقد البلغمية السطحية والعميقة) . واخيراً فقد وجدنا نحن هذه المتحولات في العقد الارية ايضاً .

وتصاب الغدد ذات الافراز الداخلي بالمتحولات كما وجدنا ذلك في مريضة اصببت بالتهاب الثدي المتحولي اثناء سير ذات القصات المتحولية فيها ، وقد اعلنا هذا الحادث في المجمع العلمي الملكي البلجيكي سنة ١٩٢٣ ووجدناها ايضاً فيليبس في التهاب النكفة .

ووجد داء المتحولات في الصقل العظمي ولا سيما ضلوع الصدر الملامسة لخراج كبدي حيث صادف لو كونت اربعة مشاهد من هذا القيل وذكر كارتوليس تنقل داء المتحولات في عظم الفك الاسفل وروى كوفواد وسوازي حادثة التهاب العظم والفصل المشوه والمنخر ظهر فيها هذا الحيوان الابتدائي بالفحص المجهرى .

ولا يظن ان العضلات منزهة عن الاصابة بداء المتحولات فقد صادف

سارب ومور يسون عدة خراجات في ذراع مريض وفخذة اليمنى والية اليسرى وقد شفي منها بالحقن بالأمتين .

كما انه يمكن كشف المتحولات في جروح خراجات كبد المزحورين المدنفين كثيراً كما اتى ذلك في مشهدي تاريخي ومشهد داغورن وهيان حيث كان يدي جلد المريض جرحاً تشكالياً تسبح المتحولات في قيحه ، وقد اتى ذلك في مشهد ماكسويل (في فورموزا) الذي رأى المتحولة في مفرزات النواسير الشرجية .

.

اذن يستنتج من كل ما تقدم ذكره انه يمكن ان تصل المتحولات الى كل عضو من الجسد بواسطة الطريق السموي والطريق البلغمي وان ذكر مشاهدتنا التالية تحل لنا هذا الموضوع نوعاً ما وتضعه في قالب واضح . وهي ان امرأة يونانية ابنت علامات قصية وكلوية بعد اصابتها بزحار مختلط مع كباد مؤلم بمدة ثلاثة اشهر وقد وجدت المتحولة في برازها وبصاقها وقيح بولها « والأمتين أخضعا حالاً للنظام الطبيعى » .



قوانجات كبدية موهمة في مزحور مزمن

شفيت بالأمّتين وبركاث الارسنوباتزين

للدكتور عبد القادر الصباغ

طبيب في الفرقة السورية

ترجمها السيد عبد الحميد العلمي (طالب طب)

لقد وضعت اشكال داء التحولات المزمن الشاذة في يومنا الحاضر موضع
الدرس والتمحيص ، اذ كل يوم نرى منها حوادث جديدة ، غريبة في بابها ،
تجبر عقول الاطباء الممارسين في البلاد التي يتوطنها داء التحولات ، وتبلسل
عليهم علمهم ، اذا لم يضعوا في مخيلتهم فكرة الاتزان التحويلي الممكن ، واذا لم
يجروا الفحوص المخبرية اللازمة لمرضاهم . ويحقق قولنا هذا المشهد الذي
سنرويهِ لكم وهو يعد من اعظم الحوادث وقعا في بابه ويصعب دمجهِ في قائمة
الحوادث النموذجية :

مرضى يشكي ألاماً منذ ستة اشهر في ناحيته القطنية اليمنى وعلى مستوى
عمود الفقار . تعذّبه هذه الآلام نوباً متقطعة محتلفة الشدة ، تشع طوراً للأعلى
نحو كتفه اليمنى وتارة للأسفل نحو خاصرته المواقفة . وقد استطب لألمه من
عدة اطباء فجزموا جميعهم بحصاة المرارة ولكن الفحص الشعاعي نفى ذلك
لانه لم يظهر أي تبدل في المرارة أو الكلوة . وقد استمرت الآلمة شديدة على
الرغم من المعالجات المختلفة التي اعطياها حتى انها لم تخضع للمورفين .
استطعن المريض في مخبري فبعد استفسار سوابقه المرضية عرفت انه
كان مصاباً منذ ست سنوات بزرحار متحويلي اصلح بالأمّتين اذ ذاك ولم يكن

مصاباً بالزهري وتفاعل واسرمان فيه كانت سليماً .

وصلني المريض في أثناء نوبته عابس الوجه شاحبه ، والآلام اخضت قواه وعرق بارد يبلل جبينه ، وظهره محدوب كأنه الشيخ الهرم ، ضاغطاً بكلتا يديه ناحية كبده تخفيفاً لألمه .

فحصته فلم يجدني الفحص المجل شيناً ، فافكرت حينئذ في اصابه بالحرار سابقاً ، فحصت غائطه اثتذ فظهر لي فيه عدد غير قليل من غلف التحولات ، مع انه لم يكن مصاباً بأي خلل هضمي معوي ، بل كان تقوطه طبيعياً .

وصفت له الأمتين حالاً فكانت الحقنة الاولى سبياً في ايقاظ اسهل مدى مع قولنجات معوية غير انها ما لبثت ان اخفت في الايام التالية .
ولكيلا تماوده تلك النوب القولنجية المؤلمة التي اقضت مضجعه ، وسلبت راحته ، وجعلت حياته نعمة طيلة ستة اشهر مضت ، اتبعت الأمتين ببركات الارسنوبنزول حتى كدت اعقم غائطه مما كان فيه .

.

ولسنا على ثقة من تعليل سبب هذه النوب المؤلمة التي شاهدناها أهي ناجمة من آلام حاجزية مؤلمة من احتقان الكبد الذي لم ندر كه ؟ مع ان الكبد لم تكن ضخمة ابداً . أم هي حاصلة من التهاب المرارة التحولي الذي يتكلم عنه الباحثون في هذه الآونة الاخيرة ؟ اننا لا نستطيع ان نبدي جواباً ومهما يكن فان التناذر الذي رأيناه ذو قرابة مع قولنجات الكبد والامر الذي لا يجوز الشك فيه هو الصلة الكائنة بين العامل المسبب لتلك الآلام وبين داء التحولات الدفين المجهول

بعض معلومات عن داء المتحولات في مصر

للدكتور يوسف خوري

ترجمها الدكتور شوكت الشطي

ان الشكل المعوي لداء المتحولات هو التظاهر الأكثر وقوعاً سواء في مصر أو في البلدان الاخرى حيث المتحولات بلدية . وقد بينت في تبعم حديث قدمته الى جمعية امراض البلاد الحارة في باريس بحث فيه عن اسباب الزحار المصري واهمية الانتان بالمتحولات المخربة والانتاميا مينوتا وانواعها ومعدل اصابة السكان بها المتناقص تناقصاً تدريجياً منذ سنة ١٩٠٣ حتى ١٩٢٧ .

٢٨ ٪	١٩١٦ - ١٩٠٣	نسبة الزحار المتحولي من سنة
١٧ ٪	١٩٢١ - ١٩١٧	« « « «
٩٥ ٪	١٩١٧ - ١٩٢٢	« « « «

واوضحت في الوقت نفسه ان هبوط هذه النسبة كان مناسباً لانتشار الأمتين لا فيما يتعلق بالزحار فحسب بل بعراقيله ايضاً ولا سيما خراج الكبد الذي عاد نادراً في هذا البلد

وذكرت التبعات المنشورة في مصر منذ عام ١٩٢٣ لاستقرارات الزحار الباثية الكلوية والرئوية وقد سبق المؤلفون الى ذكر هذه العراقيل منذ عهد طويل غير ان الطفيليين لم يكونوا ليسلموا بها ومنذ ذلك الحين نشر السريريون والمخبريون ولا سيما في الاسكندرية حالات كثيرة حتى ان البعض اخذ يتساءل عما اذا كانت هذه الحالات متجولية المنشأ .

وقد تمت عام ١٩٢٤ الى جمعية امراض البلاد الحارة في باريز بحثاً عاماً من البيلة الدموية في مصر مستقاة من ٥٠٦٠٠٠ فسرة اجريت خلال ٢٥ سنة وظهرت بيلة الدم في ٥٩١ منها وكانت اسبابها داء البلهريزيا وداء العرق المدني والحصى ٠٠ الخ! بقيت بعض البيلات الدموية مجهولة السبب ونسبتها ٤٠/٠ ولم يخطر في بالي خلال السنوات الطوال الآفة الذكر ان السبب قد يكون استقرار المتحولات في الطريق البولي الا قبل الادلاء بمذكراتي بوضعة اشهر لانني لم افكر في كثرة المتحولات خارج الامعاء بعد ان انتشر الا متين واخذ الاطباء يستعملونه في ما يشك بطبيعته الزحارية وبعدها قلة نسبة اصاباته كثيراً والآن بعد ان تقصبت خمس سنوات متوالية في الاسكندرية سيفي شكلي داء المتحولات المثاني الكلوي والرئوي يمكنني ان ابدى رأياً خاصاً فيها

داء المتحولات المثاني الكلوي

باشرت البحث منذ عام ١٩٢٤ وبدأ بثلاث حادثات التهاب الحويض وثلاث حالات زحار متحولي وحادثتين بيلة دموية. لتبحث في من اصابوا بالتهاب الحويض ان المتحولات لم تكشف في رسوب بولهم المتبذ حديثاً . اما ييلنا الدم فقد ظن انهما ناجمتان من المتحولات على ان السير والاستقصاء الشعاعي اثبتا ان الاولى كانت ناجمة من ورم مثاني والثانية من التهاب مثاني ييلهارزي تحسن قليلاً بالأميتين ولم يتغير منظر الرسوب النسيجي .

وقد رأيت هنا وفي أكثر الافرازات البولية أو القصبية بعض اشكال خلوية لا بد من التنبيه اليها لانها تصادف كثيراً وتوقع المختبر غير المتمرن في خطأ فاضح . فهذه الخلايا مدورة عادة فيها مندرجات غريبة عنها كريات

حمراء أو غيرها وهي تتحرك أحياناً كحركات القبان دون ان تبدل مكانها وتزول هذه الحركة بسرعة أو تدور على نفسها فتبها منظرًا خاصاً كلما تبدلت وضعتها (حاشية زجاجية مهيولى محبة كريات حمراء ، مدرجات ٠٠٠ الخ) وتشابه بمنظرها المجهرى هذا اشكال بعض المتحولات الكيسية أو الآخذة بالتكيس وما هي في الحقيقة الا كريات يضاء وحيدة النواة كبيرة ولبعات تعرف طبيعتها بفحص مدقق بعد التلوين بالمئاتوكسيلين الحديدى أو عند الحاجة بالاستنبات في مستنبات خاصة وقد فحصت بعد ذلك بول كثير من المصابين بالتهاب المثانة القيحي اوبيلة دموية يلها رزية غير مرافقة باستقرار الطفيلي في الطريق البولي والتهابات حويص في اشخاص مصابين بزحار متحولى ناكس . فشاهدت الخلايا المبحوث عنها وقد ظنوها متحولات في مخابر اخرى على اني لم ارا ولا في مرة واحدة متحولات حقيقية .

وبعث حديثاً الى جمعية امراض البلاد الحارة في باريز بمحادثة ليلة دم استمرت اكثر من ٢٧ عاماً وانتهت باصابة المريض بسرطان الطرق الصفراوية وموته وقد سبق ان اصيب هذا المريض بداء المتحولات (زحار عقبه بعد عامين خراج كبد) وقد شاهدوا في البول متحولات من النوع المخرب واقرؤا التشخيص التهاب المثانة المتحولى فعولج المريض مرتين بالأمتين معالجة جديدة واعطي ادوية نوعية اخرى (ياترن ، ستوفر سول ، سالارمون ، ارمونوبزول) ولم تتحسن ليلة الدم على الرغم من كل ذلك . فحصت مثائله بمنظار المثانة فرأيتها سليمة غير ان الكلية اليمنى كانت مريضة (دقق بول ممزوج بدم من فوهة الحالب الأيمن) وقد قبض لي ان افحص بول هذا المريض

المسمى أولاً مراراً في البنين الأربع التي سبقت موته وفي حالات مختلفة فلم
أشاهد غير الخلايا الوحيدة النواة السالفة الذكر ولم أر المتحولات ولا مرة
واحدة مع ان أحد زملائنا في الاسكندرية اثبت وجود المتحولات على اني
شاهدت مرة واحدة في رسوب البول طفلياً مشابهاً للمتحولات وقد اوضحت
في بحثي الذي قدمته لاسباب عديدة انه من نوع الدويبات المشعرة (trichomonas)
هنا ما لاحظته في التهاب الحويض والمثانة الزحاري لثلاثة الاناث الرئوية
الزحارية (ذات القصبات الزحارية)

لم اعثر على المتحولات في قشاعات حديثة العهد محفوظة في اوان معقمة الا في
حالة واحدة سأتكلم عنها بعد حين وقد كنت اراقب الحوادث التي كان
شخصها زملاء الآخرون آفات زحارية تنفسية فكانت نتائج فحوصي معاكسة
دائماً لتشخيصهم كما كان عليه الامر في زحار طرق البول . وقد اشدت خلافي
مع احد الزملاء الذي شاهد في المستحضر عدداً كبيراً من المتحولات مع اني
لم ار فيه اثرأ لما بل نظرت فيه مكورات عقدية ورئوية ومات المريض على
الرغم من المعالجة بالأمتين متأثراً من جناب وذات رئته راقها اخيراً انسكاب
قيحي اما الحادثة التي شاهدت فيها المتحولات في القشاعات فهي واقعة ابنة
مصرية ارسلها الي زميل ظاناً انها مصابة بداء البريميات القصي لكستلاني .

وكانت القشاعات مخاطية ابتليالية مدماة قليلاً (وردية) فشاهدت فيها
بعض متحولات نباتية غير مخربة للدم متحركة (درجة حركتها متوسطة بين
حركة المتحولات الكولونية والمتحولات المخربة) لا تقطع مسافة كبيرة هيولاها
تظهر ثابتة نواتها محيطية ولا ترى الا فيما ندر ، مجموعها بين ١٢ ميكراً طولاً

١٠ ميكرات عرضاً ومساحة غلفها ١٠ ميكرات ولها ثلاث نوى وجسيم مركزي صغير مدور وبدا الكروماتين متكتفاً في محيط النواة على هيئة صفائح بيضية الشكل في النواة ويبدو تارة مشعاً وليس هناك اشباه الكروماتين ولا مدرجات غذائية ولا تقاعيات ولا جراثيم في الهبولى .

ان هذه المتحولة تشبه بصفاتها الشكلية المتحولة الكولونية وهي ما ذكره المؤلفون تحت اسم المتحولة اللثوية (*A. gingivalis*) وهي سبب التهاب اللثة التي كانت المريضة مصابة بها وقد تحققت ذلك وثبت لي انها لا علاقة لها مطلقاً بالقصبات وكان التهاب القصبات ناجماً من المكورات الدقيقة النزلية لفرنكل ولم اعد ارى المتحولة في السائل المسمى المستخرج من اللثة مع اننا لم نستعمل مداواة نوعية .

يستنتج مما اسلفناه ان الواجب يقضي علينا برد بعض المشاهدات عن داء المتحولات خارج المعى ولا سيما داء المتحولات المثاني الكلوي والقصبي .

خلاصة مؤتمر بورديو

الصداعات

-٦-

للدكتور انستاس شاهين

رئيس سريريات امراض الاذن والانف والحنجرة

الصداعات العصبية

قد نصيب آلام الرأس المختلفة المنشأ بطن القحف او اقسامه الخارجية كما ان بين الصداع العميق الذي يصفه المريض كألم مستقر في مركز دماغه بالآلم الظاهر الذي تصفه العامة بألم الشعر اشكالا من الصداع كثيرة الانواع تختلف باختلاف الطبقات المولدة للقحف وما يحتويه وعلى الرغم من ان بعض انواع هذه الصداعات الظاهرة لا تشبه قط بصفات العامة ما وصفناه حتى الآن من الصداعات حتى انها لا تستحق ان تدعى صداعا فهي ليست سوى آلام عصبية بسيطة قلت على الرغم من هذا فان منها ما يكون اكثر انتشارا واطول امدا وتخلل نوبه الآم عميقة يستحق بها ان يدعى صداعا مع كون منشأه في الاقسام الظاهرة من القحف .

١ - المنابع القحفية الظاهرة

لو تركنا رضوض القحف وما تحدثه من النزف والالتهاب الموضعي جانبا

وبعض الاثناات المحدودة ومن جملتها الحمرة التي تأخذ هنا شكلا سريريا خاصا
تبقى امانا امراض الاعصاب القحفية وبعض المظاهر التي تأخذ شكلا خاصا
في نسيج القحف يجدر بنا ان نأتي على ذكرها بشيء من التفصيل .

يصيب اعصاب القحف من الآلام ما يصيب غيرها وتنتشر في
النواحي التي يعصبها العصبان فوق الوقب والقفوي الكبير . وقد يصاب هذان
العصبان بالتهاب عصب ذي شكل تخريبي تبعه اختلالات حسية تظهر جيدا
بالفحص السريري . وقد تصاب اعصاب القحف ايضا بالآلام غامضة المنشأ
كالتى ترافق او تعقب داء المنطقة (zona) . فهذه الآلام المختلفة بتعدد اعراضها
عن الصداغات الحقيقية . ولكن بعض المظاهر المرضية التي تصيب غلافات القحف
الظاهرة تسبب الاما اكثر انتشارا واستمرارا . كالشقيقة او الصداغ الناشئين من
التهابات الطبقة العضلية واللذين اتى على وصفها علماء اسوج وانكلترا والمانيا .
وقد سماها هارتنبرج (Hartenberg) وروز (Rose) الصداغات العضلية وشفاها
نورستروم بالذلك .

وهذا الداء هو ارتشاح خاص يصيب العضلات ولا يقتصر فقط على
عضلات القحف بل يجاوزها الى عضلات العنق واحيانا الى عضلات الوجه
ايضا . فينتشر الارتشاح اولا بشكل وذمة عادية لا تلبث ان تزداد كثافتها
فتصبح صلبة ثم تظهر بشكل عقد محسوسة جيدا ومؤلمة . ويمتد الالم حتى
الارتكازات الوترية . ويصيب الارتشاح النسيج الخلوي والعقد البلغمية . وقد
وصف البعض هذا الداء بأنه رثية عضلية واخرون بأنه التهاب خلوي مؤلم
وقد دعاه الكيه بالارتشاح البلغمي .

ان هذه المظاهر المرضية ترى غالباً في اشخاص حرضين (diathésiques) وتشتد ببعض العوامل الخارجية كالبرد الذي قد يلقي عليه المريض وحده تبعه دانه . فيعمل في تخديش العناصر العصبية التي تكون على اشد حالة من التهيج ويجب ان نفرق عن الصداعات الناتجة من التقرس وعن الشقيقة الحقيقية ان العقد التي تدور في القحف المصاب تسبب الصداع بضغطها الجذوع العصبية اما الارتشاح فيأتي بالصداع نفسه ولكن بطريقة اخرى اي بضغطه الالياف المنتشرة في داخله والنهايات العصبية الدقيقة وكذلك العناصر الودية . وقد وجد بعض المدققين ضخامة في العقد الودية العنقية ويشارك هذه الاختلالات العصبية اختلال في الدوران الراجع الوريدي بسبب انضغاط الجذوع الوريدية بالعضلات المنكمشة المتصلبة فلو اضفنا هذه الاختلالات الوعائية الى اختلالات العصبية سهل جداً فهم حدوث الصداع ويزول الالم بتمامه باستعمال علاج يزيل هذه الاسباب

٢- المنابع القحفية

ان الآلام التي تحصل من امراض عظام القحف يسهل جداً تعليمها . فالتهابات العظم ونخرته وضخامات العظم واورامه الحبيثة واشتراك السمحاق الشديد الحس تكفي لحصول الام شديدة ومنتشرة لا حاجة الى شرحها وكثال لهذه الآلام يكفي ذكر الآلام الراحمة الليلية الناتجة من استيلاء داء الافرنج على الطبقة العظمية التي يسهل تفريقها عن الصداعات الحاصلة في الدورين الثاني والثالث من هذا المرض .

٣ - المنابع الحقيقية الداخلية

ايا كان الانتشار الذي تنتشره الى الخارج الصداعات الحقيقية الداخلية الحقيقية التي قد تنجم في بعض الاحيان من امراض قديمة اصابت الجملة المركزية فهي تنشأ دائماً كما ذكر ذلك كريستازين من اختلالات ثابتة في الجملة العصبية المركزية وغلافاتها . ونذكر على سبيل المثال الام التهابات السحايا والام الاورام فهي اشد الام الداخلية وواضحها منشأ .

ان الاورام الدماغية باخلالها في التوازن بين انفراس المائع الدماغية الشوكي وامتصاصه ويعوقها احياناً لجراها وتكبيرها لحجم محتويات القحف ليس فقط بحجمها بل بتوليدها ارتشاحاً في الاقسام السائلة من الدم نظراً الى ضغطها للاوعية المجاورة لما تسبب صداعاً شديداً للغاية . وتتمكن من كشف هذه النتائج المرضية بفحوصنا العصبية والعينية بسهولة . وان الام الورمية من مبدئها حتى منتهاها لا تشبه قط اي الم رأسي اذ يخيل ان الرأس قد سحق سحقاً او كأنه قد ضغط بلمزمة كبيرة او بعكس ذلك كأنه اصبح صغيراً للغاية وغير ذلك من الاحساسات المزعجة التي تشتد كثيراً في اوقات النوب فيشعر المريض ان رأسه يضرب بمطرقة كبيرة ويكاد ينفجر من شدة ألمه .

وليس لهذا الألم من قاعدة في وضعيته فقد يكون منتشراً ومتقللاً او انه يبدأ دائماً في ناحية ثابتة من الرأس . ومتى انصف بهذه الصفة اي متى كان ثابتاً في ناحية معينة او بدأ بها دائماً افادنا كثيراً في تعيين موقع الورم ويرافق هذه الصداعات عدا الاعراض المعروفة والثابتة كالاقياء والاختلالات

البصرية بعض الاعراض المتصفة ببعض صفات خاصة تفيدنا في التشخيص كمرافقة تقوس الرأس للصداع تحت القفا كما ذكر ذلك فسنن والآنة رابو بور في حادثة ورم ساد لقناة سيلفيوس .

وقد تشبه الآلام الحاصلة في انتانات المخ وسله وخراجاته الام الاورام وتزيد التشخيص غموضاً متى سارت سيراً بطيئاً جداً .

وتسبب التشوشات الدورانية في القحف قبل ان تحدث نزفاً او تليناً في الدماغ الاماً ربما كانت الاعراض البدئية الدالة على الافة ومتى تكونت السدادة في الطبقة البصرية تسبب اعراضاً ألية خاصة لا تشبه بقية الصدمات مطلقاً . ان جرحى الرأس او مرضوضيه والمصابين بالارتجاج الدماغي والمحبوجين (trépanés) تعثرهم اختلالات قحفية داخلية كثيرة الغموض . فقد تصاب جملتهم العصبية المركزية وغلافاتها بأفات صغيرة نتيجة ارتشاحات دموية محدودة او اختلالات في الخلايا العصبية تراقبها ندب سعائية وعظمية تكون مبعثاً لهذه الاختلالات . وأهم هذه الاختلالات تغير ضغط المائع الدماغ الشوكي . فازدياد الضغط يسبب طيننا في الاذان ودورا وارفا وغشيانا ولكن العرض الام هو الصداع . وليس للصداع موقع ثابت بل هو الم دائم يزداد في الجهود والحركات القجائية واثاء الهضم وهو عرض اسامي لازدياد تورم المائع الدماغي الشوكي وقد يكون هذا الازدياد في الضغط نسبياً فقط كما ايدت ذلك ابحاث الاستاذ كلود ومعاونه لاماش ودوبار وقد اثبتوا ذلك عملياً بقياس الضغط . ولم تعد جميع الادوية في تسكين هذا النوع من الالم ولكنه سكن عند وخز القناة الشوكية واخراج بعض المائع .

وقد ذكر ليريش نوعاً آخر من الصداع ناتجاً من خفة توتر م . د . ش
وقد شاهده في بعض المجوجين من جرحى الحرب . ونوبة هذا الصداع ليلية
أي في الوقت الذي يكون به توتر الشرايين في اخف درجاته . وترى ندبة جرح
الرأس منخفضة ومنجذبة للداخل ، وفي حال سكون الألم تكون بعكس ذلك
مرتفعة ومتوترة . ولا يفيد في هذا الشكل من الصداع بزل القناة الشوكية
بل يكون سبباً لحصول نوبة الألم .

ان الصداع الذي يحصل عقب نوبة الصرع يتبع من اختلال في توازن
ضغط م . د . ش وفي الجملة الودية . ويعتقد بريمر بتدخل التشنج الوعائي
الودي في احداث الاختلالات المخية ويجب قبول رأيه مع بعض التحفظ .
وهذا التحفظ انسه يحملنا على قبول نظرية باستورفاليري رادو الذي
يعتقد بان الشقيقة مسببة من الاختلال في العصب الودي . ويقول هذا
المؤلف انه اثناء حصول نوبة الشقيقة تعري وجه المصاب اعراض ظاهرة
كالامرار والشحوب وغير ذلك من تفاعلات الجملة القابضة للاوعية وهذا ما
يسهل كما يقول المؤلف نفسه تمييز الشقيقة عن بعض الصداعات المصحوبة
باحترقان الوجه . ولا تزال النظرية الودية النظرية الاكثر قبولا على الرغم
من الاعتراضات الكثيرة التي اثبت مدعوها صحتها في كثير من الاحوال
كنظرية سبيتزير الذي يعتقد ان نوبة الشقيقة مسببة من انسداد ثقبه مونرو
الموقت بسبب ضخامة موضعية في السحايا

وعلى الرغم مما في النظرية الودية من القوة لا يمكننا الاغضاء عن تنبه العناصر
العصبية بالعوامل السمية الاتانية ويكفي ذكر الصدعات الشديدة الناتجة من

زيادة توتر م د ش . الاتاني والذي هو احد الاعراض الثلاثة في التهاب السحايا .

ان الصداعات الحاصلة في جميع التهابات السحايا يمكن ان تكون على ثلاثة اشكال : الشوكية . وكل يعلم ذلك الصداع الشديد المنتشر في القحف كله الذي يشكوه المصابون بالتهاب السحايا الحاد وتراققه اقياء وهذيان وجميع اعراض التنبه . واذا لم يكن الصداع شديداً في التهاب السحايا السلي فهو باستمراره الذي يدل عليه صراخ المريض الخاص الذي دعاه كوانده صراخ المستقي دماغه (cri Hydreencephalique) يعد من الامراض المرشدة الى التشخيص المرضي اما في التهاب السحايا المصلي (m. séreuse) ولا سيما في شكلها المحدود الذي يشبه كثيراً اورام الدماغ فان زيادة توتر م د ش . يزداد تدريجياً فيسبب صداعاً .

وللصداع الذي يسبق النزف السحائي اهمية كبيرة لانه احد الاعراض السابقة للنزف فهو والحالة هذه نذير لهذا الداء .

ان اورام السحايا تسبب مباشرة او اعتافاً صداعات شديدة للغاية في الغالب أفنهاك علاقة ياترى بين مناطق تعظم في السحايا وحصول الصداع . وقد تستولي الارتفاعات على الدماغ وغلافاته . فيكون الصداع شديداً . في الدور الاول من الالتهاب كما يحصل في الدور الحاد من التهاب الدماغ النومي . وقد ذكر فواوليوني ومدام شيف فير تيمير حصول الصداع في احد اشكال تصلب لوجي دعوه الشكل المؤلم للتصلب اللوحي وقد يلبس كثيراً هذا الشكل باستقرار داء الافرنج في الدماغ .

والصداع عرض مهم واسامي في زهري الدماغ والسحابا وقد ذكر الفرد فورنيه العالم الكبير في الامراض الزهرية ان العرض الاول الذي يجب التنقيش عنه حين اسئلاء داء الافرنج على الدماغ هو الالم العنيد الشديد . ويصف المؤلف هذا الصداع بكونه الما شديداً يزداد في الليل ويستمر مدة طويلة مع نوب متوالية فتى صادفا صداعاً متصفاً بهذه الصفات يجب ان يتجه نظرنا في الحال الى داء الافرنج الذي يكون سبب هذا الصداع . وهو لا يلتبس ببقية انواع الصداع لان المريض يصفه بكونه الما مستقراً في الرأس في دماغه فهو والحالة هذه جدير بان يسمى الم الدماغ (encéphalalgie)

ولسنا نستطيع ابدأ اتهام داء الافرنج بكل صداع ليلي لان حصول الالم ليلاً ليس يبرهان قاطع على طبيعته الزهرية ولا سيما في الدور الثالث من هذا الداء . فقد لا يتصف داء الافرنج الدماغي في دوره الثالث بأقل الم حتي متى كانت آفات سحائية وعظمية كما ايد ذلك فورنيه . لان حصول الالم يستدعي بعض الاختلالات الوعائية والتغيرات في م . د . ش . ان هذه الاختلالات ترى في آفات مختلفة . فاما معنى هذا الصداع الشديد المتواتر في الدور الثاني من داء الافرنج ؟ ولم يشتد الم ليلاً .

ان بوزوانو وتوفارو العالمين الرومانيين بحثا مؤخراً في هذه القضية الغامضة . واثبتا ان هذا الصداع لا ينشأ من الآفة التشريحية التي يسببها هذا الدور في الدماغ . وغلافاته بل من اختلال وظيفي ناتج من فقد التوازن في الجملة النباتية بسبب داء الافرنج . « وان ظهور الالام الرأسية ليلاً او ازديادها يوافق ظهور خفة التوتر في جهاززي الودي والرئوي المعدي اللذين يرئسان الحياة النباتية او انحطاط

درجة هذا التوتر متى كان قد بدأ . وان هذا التغير في الجملة النباتية المرتبط بفعل الغدد ذات الافراز الداخلي الناجم بدوره من داء الافرنج يعمل عمله في اوعية الدماغ ويسبب الاختلالات الدورانية التي تحدث الصداغ بدورها .

ويمتدد يجر دن على الرغم من التغيرات الكثيرة التي تطرأ على تركيب م . د . ش وتكفي لاحداث الصداغ ان الدور الاول في احداث الصداغ يعود الى زيادة التوتر فخفض هذا الضغط يزل القناة الشوكية يسكن الألم في الحال وهذا ما اطلب بذكره ميلان منذ سنة ١٩٠٢

وكذلك فان زيادة تورم م . د . ش الذي يرافق الامراض الالتهابية هو سبب الصداغ فيها ويذكر روجه وبوميل في مشاهداتها منذ سنة ١٩١١ فضل بزل القناة الشوكية في تسكين الصداغات الالتهابية .

ان بزل القناة الشوكية قد يكون له تأثيره في انقاص كمية السموم الجرثومية التي يحويها م . د . ش . وبذلك يخف تأثيرها في المراكز العصبية ثقل تخرشها وتفاعلا فيكون ذلك داعياً الى تسكين الآلام ولكن هذه النظرية قد كان يمكن قبولها لولا عودة الصداغ في الحال الى ما كان عليه بعد ازدياد التوتر .



صناعة حمض الليمون

الدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

وهب الله سبحانه بلادنا كنوزاً ثمينة لا يحتاج في استثمارها سوى الى ايدي نشيطة عاملة . أفلا ترى الغرب عنا يبعث فيشتري بضمن بحس هذه الكنوز الثمينة التي لا تقدر حتى اذا تعهدوا بعلمه وفنه عاد فباعها منا مثقالاً بدينار وجنى ثمار سعيه وعمله .

وان ما نراه من بوادر اليقظة والحمد لله في ابناء هذه الامة في قيامها لتأسيس الشركات التجارية والصناعية ليعتد فينا الشوق الى الكتابة في الصناعات الكيماوية التي طرقتها منذ سنوات على صفحات هذه المجلة الغراء . ونبحث اليوم عن صناعة حمض الليمون وحمض الطرطر لما لها من الشأن الخطير في دور الصناعة والتجارة لوفرة صرفياتها في المصانع والمآكل والطب ولما نعلمه من كثرة الأراضي المروسة باشجار الليمون والكباد ومن زيادة النتائج عما يستهلك من الثمر بما يستدعي القاءه لتعفنه وفساده وذهابه هباءً نقول نبحت اليوم عن هذه الصناعة لعلها تجدد من يشمر عن ساعد الجد والاهتمام لاقتطاف اثمارها اليازمة .

وسنوخى في الابحاث الايجاز ما امكن ونقتصر على الطرق العملية ضارين صفحاً عن كثير من المعادلات الكيماوية التي تمل القراء

حمض الليمون ($C_6H_8O_7$)

صفاته وخواصه - حمض الليمون ويدعوه العامة روح الليمون أو ملح الليمون هو في الكيمياء من الحموض العضوية الثلاثية الأساس ومعنى ذلك ان في ذرة واحدة منه ٤ ثلاثة جواهر من المدرجين قابلة لتبادل بالمعادن لذلك كان له ثلاثة انواع من الملاح المسماة باصطلاح الكيمياء ليموناة (citrates) .

نوع وحيد المعدن $C_6H_7O_7 \cdot M \cdot 1$

ونوع مضاعف المعدن $C_6H_6O_7 \cdot M \cdot 2$

ونوع مثلث المعدن $C_6H_5O_7 \cdot M \cdot 3$

وهو جسم بلور على شكل مؤشر معين قائم . لا لون له طعمه حامض جداً ميزه رتسيوس (Retzius) سنة ١٧٧٦ عن حمض الطرطر ولم يمكن الحصول عليه مبلوراً الا في سنة ١٧٨٤ .

حمض الليمون يوجد حراً أو مركباً في الليمون غير الناضج وفي ثمر الآس البري (myrtille) والرياس الشوكي (groseille épineuse) وفي عصارة التبغ والخس وفي دوار الشمس والدهليال الريشية (dahlia pinnata) الى غير ذلك من النباتات .

بلورات حمض الليمون تحوي ذرة واحدة من الماء وتفقدوها اذا عرضت على حرارة قدرها $+100^\circ$. وبين المائة و $+130^\circ$ تذوب في مائها البلوري . وفي حرارة 175° تفقد ذرة من الماء من بنيتها وتستحيل الى حمض خائق الذئب (ac. aconitique) وفي اعلى من هذه الدرجة يتحلل حمض خائق الذئب ويستحيل الى حمض ستراكونيك (citraconique) والى حمض ايتاكونيك (itaconique)

حمض الليمون يذوب بكثرة في الماء والكحول . ولا يذوب في الأثير ولا في الكلورفرم ولا في كبريت الفحم .

حمض الكبريت يذيب حمض الليمون دون ان يتلون . اما بالحرارة فيصفر لونه مع انطلاق اكسيد الفحم (CO) وحمض الفحم (CO₂) ان حمض الطرطر يسمر لونه بالشروط ذاتها .

حمض الازوت يؤكسد حمض الليمون بالحرارة فيحيله الى حمض الحماض (ac. oxalique) وحمض الخل (ac. acétique) واما الماء كسدات الاخرى فانها تحيله الى حمض الخل ، وحمض النمل (ac. formique) وماء وحمض الفحم والى خلون (acétone) .

اذا عولج حمض الليمون بكثير من البوتاس تحلل الى حمض الخل وحمض الحماض .

محلوله المائي يذيب الحديد والتوتياء مع انطلاق المزدجين .
حمض الليمون لا يذوب اذا عولج بمحلول كلور الكالسيوم (Cl₂Ca) اما اما ماء الكلس فيرسل بالحرارة فيتكون ملح ليمونة الكلس الذي يعود فيذوب اذا برد السائل

اذا عولج محلول حمض الليمون بشيء من خلاصة الرصاص تكون راسب ابيض هو ليمونة الرصاص الذائب في حمض الازوت وروح النشادر والليمونة القلوية

اما ازوتة الفضة فلا ترسله الا في المحاليل النشادرية ولكن ليمونة الفضة والنشادر المتكونة تعود فتذوب بكثير من روح النشادر

إذا جعل محلول حمض الليمون مدة عرضة للهواء نقشاء طبقة من العفن ويتكون حمض الحبل .

يميز عن حمض الطرطر بعدم تعكره إذا اشبع بماء الكلس ، وعن حمض الحماض بعدم تعكره بمحلول كلور الكلسيوم بملاسة روح النشادر .
الليمونة القلوية كلها ذوابة في الماء . وإذا عرضت للحرارة لا تشر رائحة السكر المحروق (caramel) (بخلاف ملاح الطرطراة) .

ولقد اصطنعه هاير (Heller) وهلد (Held) من الجسم المسمى (كلوراسثيل خلاة الأثيل) بمعالجته بكيانوس البوتاسيوم ثم بالكحول الأتيلية وغاز حمض الكلوريدريك ثم بالماء والبوتاس .

على أن حمض الليمون يستحصل من الليمون الفج .
أن بعض المضويات الدنيا كالفطور الليمونية (citromycès) وخصوصاً منها المكنسيات الموية (penicillium luteum) الموجودة في الموث العفن ، والعفنة الآجاسية (mucor pyriforméis) الموجودة في الآجاص الفاسد كل هذه تحول جزءاً من سكر العنب (غلوكوز) الى حمض الليمون كما أيد ذلك وهمير (Wehmer) ويستفاد من هذا التفاعل في صناعة حمض الليمون .

وكذلك فطور بفايفير الليمونية (citromycès Pfefferianus) وفطور غلاتير الليمونية (cit. Glater) تحول سكر القصب (ساكاروز) الى حمض الليمون خصوصاً بوجود الكلورور كما تأيد من البحوث هليز وهلد .

ذوبان حمض الليمون . — درجة ذوبان حمض الليمون في الماء تختلف

باختلاف الحرارة وفيما يلي جدول يبين درجة ذوبانه في الماء في
حرارة +١٥°:

درجة ذوبان حمض الليمون في الماء في حرارة +١٥°

درجة بومه	حمض الليمون في المائة	درجة بومه	حمض الليمون في المائة	درجة بومه	حمض الليمون في المائة
١	٢	١٤	٢٦	٢٦	٥٠
٢	٤	١٥	٢٨	٢٧	٥٢
٣	٦	١٦	٣٠	٢٨	٥٤
٤	٨	١٧	٣٢	٢٩	٥٦
٥	١٠	١٨	٢٤	٣٠	٥٨
٦	١٢	١٩	٣٦	٣١	٦٠
٧	١٤	٢٠	٣٨	٣٢	٦٢
٨٦٥	١٦	٢١	٤٠	٣٣	٦٤
٩٦٥	١٨	٢٢	٤٢	٣٤	٦٦
١٠٦٥	٢٠	٢٣	٤٤		مشبع
١٢	٢٢	٢٤	٤٦		
١٣	٢٤	٢٥	٤٨		

استعماله - يستعمل حمض الليمون بكثرة في المصابيح لتلميع القرطم
الاحمر ولإزالة لون الأقمشة المطبوعة (الباصمة والألاجة) وفي معامل الخمر
لإصلاح حموضة خميرة الخمر أو الخمر نفسها . ويستعمل في الطب شراباً وليمونية
(ليموناضه) (لها بقية)

لويس فيالتون

Lonis Vialleton

١٩٢٩-١٨٥٩

(مستقاة من مقالة للاستاذ غرنفلت)

مر الربع الأخير من عام ١٩٢٩ واقطاب العلم يتساقطون الواحد تلو الآخر امام الموت الجبار الذي انتزعهم من الحياة بعد ان ملأوا العالم بكشوفهم وخدموا البشرية بعلومهم ومن هؤلاء استاذنا فيالتون الذي فتح لنا صدره الرحب وارانا وجهاً بشوشاً اكسبه نور العلم هبةً وثألقاً ولم يضرنا علينا بساعات طوال من وقته الثمين مدد بها خطانا في التتبع والبحث بل فتح لنا باب منبره على مصراعيه وكان لنا مرشداً في الطريق الوعر الذي دعينا الى سلوكه في وقت كان منهمكاً فيه اشد الانهالك بتنفيذ نظرية التحول في الحياة لدارفن التي كادت تصبح عقيدة راسخة فأني شخص لا يكبر عمل هذا الشيخ العالم الذي رغم شيخوخته الوقورة واشغاله الكثيرة المتراكمة كان ينظر الى كل من تلامذته نظرة الاب والمرشد فيسدد بنظراته الحكيمة خطي شبان لولا حكمه وارشاداته لكانت ضلت الطريق السوي .

فجمع العلم بهذا العالم واصيب معهد مونيليه بعيمده النابضة الأحيائي الكبير فكان اثر هذه المفاجعة شديداً في النفوس لما لهذا الراحل الكريم من مزايا علمية واخلاق كريمة فان تاريخ حياته حقل خصب بالتتبعات الحيوية والآراء العلمية انتجتها ابحاثه القيمة وخبرته الواسعة - وقد نزل معلمنا غرنفلت (Grynfeldt) استاذ التشريح المرضي في مونيليه وهو ممن تتبع خطي الراحل الكريم ولازمه عهداً

طويلاً عند ارادة معلمه وزميله فأجل رثاءه ريثما مرّ شهر على انتقاله الى دار الخلود اجتناباً لفخفخات هذا العالم التي كان يهزأ بها قعيدنا في حياته ومماته وقد عدد استاذنا غر نفلت ماثره ببساطة عملاً بوصية احد اعلام مونبليه الأقدمين .

ولد فيالتون سنة ١٨٥٩ في فينا وكان مولعاً منذ صغره بجمع الحيوانات والنباتات الصغيرة لا للعب بها والتلذذ بمنظرها كما يفعل غيره من الصبيان بل سعياً وراء فهم اسرار الحياة . وقد تمكن حين انتسابه الى معهد الطب من ان يحوّز قصب السبق في الصف الأول وان يعطى اجازة من دار الفنون عن علوم التاريخ الطبيعى فانتبهت اليه انظار الاستاذ الكبير ج . رولو بينما كان يتحنه بفن النسيج لما اظهره من الاطلاع الواسع في علم التشريح المقارن (*anatomie comparée*) .

فعينه في مخبره محاضراً فكرياً فكتب اطروحة قيمة عن قيص الشريان الباطن في الانسان والحيوانات اللبونة فجاء اكل ما كتب في هذا الموضوع ثم اخذ يجمع وثائق مضغية كثيرة مما حدا باستاذة رولو الى نقل قسم عظيم منها واثباتها في كتابه المطول عن النسيج . وكان يقصد من حين لآخر متحف التاريخ الطبيعى ليدرس على أ . ميلن ادوار الذي حاز مقاماً علمياً رفيعاً هو وولده في علم الحيوان ثم انتقل الى مخبر كلايتنبرغ واشتغل معه في مسين فجمع من الوثائق ما يحتاج اليه في البحث عن ادوار النمو الابتدائي وكتب كل هذا في اطروحة قدمها لنوال الدكتورا في الفنون وظهرت في هذا الكتاب اراءه الثاقبة حتى ان كوليكر قال عنه انه توصل الى معرفة اشياء راهنة عن الالغاز الحيوية الصعبة كالانقسام الحيطي وانقسام الجسيمات المركزية وغير ذلك بعد ان تاه في مجاهلها كثيرون وقبل اراءه علماء الحيوان مثل كورشلت وهيدر ونقلا عنه احد عشر شكلاً . وقد نشر ابحاثاً

كثيرة غير هذه واشترك في مؤلف تستو الضخم فبحث عن المضغة في جزئه الأخير . ثم درس على مورا وما لبث ان سمي مرشحاً لتدريس الحلقة في جامعة ليون على ان يقوم بتدريس فن النسيج فيها . وكانت الوسائط في ذلك الوقت بسيطة ثم سمي استاذاً للنسيج في معهد مونبليه فجهز مقاطع عديدة ونظم الطرق العملية واحداث مخبراً للتفصيلات وعاد الى مزاولة ابحاثه القديمة فنشر عن غشاء هتك في قزحية الانسان بحثاً شيقاً كان موضوع اعجاب العلماء . ثم طبع كتاباً عن الطرق العملية في النسيج وتابع نشر ارائه الشخصية عن العضلات الحمراء في الاسماك وعن الجملة البلغمية والقلب وارادها بسلسلة ابحاث عن علم المضغة وقد علل انقلاب المثانة الخارجي باراء دعمها مضغياً فاصبحت درسية حتى هذا العهد . . . وظهرت بعد حين اراء طلابه المستمدة من علمه (فيلار ، دوفلوري ، داميانوف ، دوجويه ، وغرنفلت) ثم نشر كتابه عن اشكال ذوات الفقار فكان هذا الكتاب مفتاحاً لقبة علمه الجم . وقال برونان الاستاذ الشهير عن كتابه ان كتاب فيالتون لما يقبض عليه العلم الفرنسي وكافأه محفى العلوم بجائزة سير على جهوده ثم ألف كتاباً آخر عن اطراف ذوات الفقار المربعة الارجل واحواضها وقد انتقد فيالتون اراء القائمين بالتحول او التبدل بتوالي العصور وهو يرى ان الاشكال تنتقل ارثاً والارث يرثس جميع هذه الحوادث فلا يمكن للكلاب ان تبدل ذراعيها واعقابها قططاً .

واتجهت اراء فيالتون في السنوات الأخيرة الى الفلسفة وهذا شأن العلماء متى بلغوا المقام الرفيع في العلم وكشفوا غوامضه فانهم يميلون حينئذ الى البحث عما فوق الطبيعة وقد جمع اراءه في كتابه عن منشأ المخلوقات الحية . فين يفي

هذا الكتاب اولاً مذهب التحول ثم بحث عن الاراء التي توحى للعالم الاعتقاد
ببحث الاشكال واكثر هذه الاراء شخصية ثم عاد فنقد مذهب التحول وادعى
نظريات لامارك ودارفن في ابان عزها رغم كثرة المدافعين عنها . وقد خطب
سنة ١٩٢٢ خطباً قال فيه « اننا لا نعرف شيئاً عن منشأ الحياة والمخلوقات
الحية . واذا كنا نمجهل ذلك كله فلا يخفى علينا ان للمخلوقات في الطبيعة امراً
خاصاً »

ان ما نوهنا به قطرة من بحر علمه الفزير وقد كانت له شهرة علمية في
فرنسة وغيرها فانتخب عضواً في المحنى العلمي الطبي وعضواً مراسلاً في محنى
العلوم في تورينو وكان متضلماً من لغات كثيرة
ولا شك ان ذكرى الاستاذ فيالتون ستبقى خالدة واره العلميه متعمل
بها الاجيال المقبلة

شوكة الشطي



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٣٠ م الموافق لحرم سنة ١٣٤٩ هـ

طريقة الاستقصاء في النفير بالليبودول

وفحص اعضاء المرأة التناسلية باشعة رونتجن

للدكتور ابراهيم الساطي استاذ امراض النساء وفن التوليد

يسير الطب بخطى كبيرة الى الرقي ويتجه انجهاً مستمراً الى الكمال ولا نشذ عن هذه القاعدة شعبة الامراض النسائية التي يتعهدا بعملهم الفزير علماء اعلام منبثون في اقطار الكرة الارضية . ولهذا نرى كل يوم فكرة حديثة تحل محل فكرة قديمة وطريقة جديدة تزحزح طريقة عتيقة معيضة عنها . وموضوع كلامنا اليوم الاستقصاء في قناة النفير وحلول طريقة حديثة في التحري مكان الطريقة القديمة التي كان يلتجئ اليها الاختصاصيون بالامراض النسائية في حالات العقم وغيرها فقد كانوا يدخلون مسابير مرنة دقيقة في قناة النفير بعد ايلاجها في قناة الرحم فكانوا يخطئون خطأ كبيراً لان ادخال رأس المسبار الدقيق في مضيق الرحم لم يكن بالامر السهل وضلاله عن فوهة النفير كان

كثير الوقوع فكانوا يشخصون انسداداً في النفير حيث لم يكن انسداد وهذا ما حدا الاختصاصيين للالتجاء الى طريقة اخرى اكثر اتقاناً لمعرفة ما اذا كان النفير مفتوحاً ام منسداً وما اذا كان العضو لا يزال يحتفظ بخاصته الغريزية التي خصته الطبيعة بها وخلق لها وهي نقل العضو المونث الابتدائي لتكوين الجنين وتسهيل التقاء الحليتين الابتدائيتين واتحاد احدهما بالآخرى والطريقة التي نعملها هي الاستقصاء في الاعضاء التناسلية بالحقن باللييودول والتصوير الاشعة المجهرية وهي طريقة جلييلة الفائدة تبين سعة الرحم ودرجة ضخامتها وتكشف المرحلات (البوليب) والنواحي المخاطية او المشيمية او الليفية والاورام من ليفية ومسرطانية وساقطة (deciduome) وانواع انقلابات الرحم وانحرافاتهما واورام الحوض واكياس المبيض وغير ذلك من المعلومات التي تعين درجة قابلية الانثى للحمل وتنجيها من فتح البطن الاستقصائي لمعرفة هذه الحالات المختلفة لان فتح البطن مع ما هو عليه اليوم بفضل الطهارة من السهولة لا يزال عملية تهابها المريضة وتخشاها فضلاً عن ان الاشعة المجهرية كافية وحدها لشفاء الاورام الليفية دون ما حاجة الى الاستئصال الجراحي . واذا لم تكن مندوحة من اجراء العمليات البطنية التناسلية فان طريقة الاستقصاء هذه تهينا من المعلومات قبل البضع ما تقصر عنه سائر الفحوص الاخرى فهي تبين لنا كما قلنا سابقاً حالة الرحم ودرجة انحرافاتهما وسعتها وغير ذلك ويمكن الجراح من معرفة ما اذا كانت العملية التي يجاها سهلة ام صعبة وما اذا كانت وخيمة الانذار ام سليمة أضف الى هذا كله ان المعلومات المستقاة من هذه الطريقة تراقب بها المعلومات المحتتمة من الفحوص السريرية فاما ان تثبت الواحدة الاخرى او ان تتفهمها مصلحة ايها .

كان يكتفى قبلاً بمحقن جوف الحلب بالغاز الكربوني واحاطة الاعضاء التناسلية بفضاء من هذا الغاز اقل شغوراً من النسيج اللينة فكانت تبدو بهذه الطريقة حدود الاعضاء التناسلية وتضخ على لوحة التصوير الكهربائي ٠ غير ان لهذا الطريقة محاذير شتى منها انها لا تبين اي النفيرين مفتوح وأيهم مسدود ومنها ان الانغماء قد يقع وان الموت قد يطرأ وان نادراً فكل هذا يدعونا الى تفضيل طريقة الاستقصاء بالليودول على حقن جوف الحلب بالغازات - ولا يزال بعض المؤلفين حتى بومنا يستعمل طريقة التفخ بالغاز الكربوني وحجتهم ان الغاز سهل الامتصاص وان لا يقذف المواد الكائنة في جوف الرحم او النفير موصلاً اياها الى جوف الحلب

وطريقة العمل سهلة جداً وهي ان يطبق منظار الرحم ويعقم العنق وقاع المهبل بصبغة الايود وثبت العنق بمنقاش ذي مخالب ليسهل ادخال مسبار الجهاز فيه ثم يطبق منقاش اخر على العنق والمسبار ليضبط الغاز جيداً في جوف الرحم ويجب ألا يتجاوز الضغط ٧٢ ٢٠٠ ملمتر من الضغط التنسيمي لئلا تشزق جدر النفير فاذا كان النفيران مفتحين او احدهما فقط يهبط ضغط الغاز ويمر الى جوف الحلب وتشعر المرأة بألم شديد بين كتفيها وهو عرض ياتي مسند الى كاشفه البرث ٥ - الدريج واذا ارتفع الضغط حتى ٢٠٠ ملمتر ووقف ولم يهبط قبل ان النفيرين مسدودان واذا هبط بعد ان بلغ ١٦٠ ملمتر قبل ان قناة النفير ضيقة ومنهم من يكمل هذا الفحص بمحقن جوف الرحم بمحلول كلورور الصوديوم او اليودرغول او الكولرغول الخماسي لمعرفة مكان الانسداد وشكل التضيق وكثيراً ما تكون العوارض الناجمة من استعمال هذه الطريقة سليمة غير ان

الطوارئ، الشديدة ممكنة الحدوث فقد ذكر العالم كورتيس (Curtis)، ثلاث حوادث موت احداها شخصية وبين الاستاذ لورنسي ان الغشي طارئ، كثير الحدوث (مجلة امراض النساء والتوليد جزء شباط سنة ١٩٢٥).

فالمحاذير الآتية الذكر التي تطرأ في اثناء النفخ والمعلومات الدقيقة التي تستحصل من تصوير الاعضاء التناسلية والحوض بعد الحقن بالليبودول وخلو الطريقة الثانية من المحاذير كل هذا يجعلها مفضلة على الاولى ولا سيما متى راقبت المحظرة (manomètre) سير الليبودول حين الحقن به.

ان طريقة كهذه سيكون لها شأنها الكبير في العالم الجراحي فهي الطريقة الفضلى التي تضمن للجراح النجاح وتبعد عنه الحية في توسطاته الجراحية لانه متى عرف قبل البدء بعملية حقيقة الافة المصابة بها مريضته اجراها كأنه يراها بعينه قبل البدء بها واحتاط لما قد يحدث من الطوارئ، وانذر اهل المريضة في الحالات الشديدة، بالخطر الذي قد تستهدف اليه المريضة متى كانت الافة خطيرة والتوسط الجراحي مستصباً ففرع الامراض النسائية والحالة هذه مدين لهذه الطريقة ومكتشفها لانه بها تمكن من اتقان التوسطات الجراحية اتقاناً لم يكن ممكناً قبلها والمريضات انفسهن مدينات لها ايضاً بحياة الكثيرات منهن.

كان يظن ان الفضل في كشف هذه الطريقة يعود الى هـ . كري (H Cary)

سنة ١٩١٤ غير ان الحقيقة هي ان الاستاذ درتيغ الفرنسي وزميله ديميه قد وضعا الحجر الاول الذي بنيت عليه اسسها فاليهما يعود الفضل في المنافع التي جنبت منها . لا ينكر ان هذين العالمين قد استعملوا في بدء عملهما محلول الكولرغول المائي العشري وحقنوا جوف الرحم والنفير بمحقة بروم بسبعة الى ثمانية سم بعد

الفحص بالغاز الكربوني وانهما شاهدا طوارئ شديدة الخطر حتى الموت بالتهاب الحلب الذي كان يفاجئ المريضات مساء يوم العملية ويمتحن في اليوم الثاني ولكن هذه الطريقة على الرغم من خطرها فتحت الباب على مصراعيه انام المختبرين والمنقبين فجدوا في تبديل المادة المستعملة الى ان اهتمدوا اخيراً الى اللييودول واعتمدوا عليه في فحوصهم فتكلفت اعمالهم بالنجاح .

وقبل ان نمجي على طريقة الفحص باللييودول لا بد لنا من ذكر الطريقة التي كانوا يشركونها به لمعرفة انسداد الفير او انفتاحه وهي الطريقة التي أُلحنا اليها في صدر مقالنا وتختصر بادخال مسبار رحي في جوف الرحم يربط بجهاز ينشر الغاز الكربوني النقي ويتصل بمحظرة . يطلق الغاز على ألا يتجاوز ضغطه ٢٠٠ ملمتر بل يبقى بين ٧٢ - ٢٠ اي بين ٧٤٢٠ - ٢٠ سم من آلة طور تشلي الزئبقية وهبوط الضغط او بقاؤه كما يننا يوضح لنا ما اذا كان الفير مفتوحاً او منسدأ وما اذا كانت القناة ضيقة .

وقد فضل اللييودول على سواء من المواد لانه يتصف بصفات تخلو منها المواد الاخرى كبرومور الصوديوم واليودرغول والكولرغول فهو زيت ابيودي وذو كثافة شديدة تعيده ظليلاً ازاء الاشعة يحتمله جسد الانسان احتمالاً غريباً على الرغم من احتواء كل سم منه على ٥٤ مستغم من الايود النقي ويضاد التعفن مضادة قوية فيقي الحلب الالتهاب الذي قد يحدث اثر دخول اجسام اجنبية مخزشة لجوفه ويسهل الحقن به لانه سريع النفوذ ويتخلل ادق عناصر الطريق الرحي الفيري

(الكلام صلة)

معالجة كسور الطرف العلوي المغلقة

للدكتور لومر كل استاذ السريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

اذا عدنا الى بعض المؤلفات التي لم تمر عليها سنوات عديدة وقرأنا ما كتب فيها عن معالجة هذه الكسور رأينا فيها عدداً عديداً من الاجهزة منها ما هو معروف شائع الاستعمال ومنها ما لم نره فنظن ان استعماله في الممارسة مستصعب بعد ان قرأ وصفه . غير ان وصف الجهاز قد يكون اكثر اغلاقاً مما هو عليه في الحقيقة وهذا ما يحملنا على تفضيل الاجهزة التي عرفناها مع انها تكون قد اُهملت في الطب الحديث واهمال اجهزة اخرى نجعلها مع انها اكثر اتقاناً منها لانها قد استنبطت موافقة للاستطببات الجراحية الحديثة . وعليه قد جئت بهذه العجالة مييناً افضل الاجهزة وابسطها التي نستعملها في مستشفانا العام ونجني منها احسن النتائج لا يخفى ان الطرف العلوي عضو وظيفته الشد والقبض وان القيام بهذين العملين يستدعي المحافظة على المفاصل الموجودة فيه والمحاور التي لا مندوحة عنها في اجراء هذه الوظيفة . فالتثبيت يجب ان يكون قصيراً ما امكن والتحريك يجب ان يعقب التثبيت بدون اقل ابطاء على ان يكون لطيفاً وتدرجياً .

وأمر ثان لا بد من معرفته حق المعرفة توصلنا الى اصلاح التبدلات اصلاحاً حسناً وهو فعل العضلات في قطع العظم التي ترتكز عليها . والقاعدة المطردة التي يجب اتباعها في الكسور غير المتبدلة هي الاكتفاء بوشاح يعلق به الطرف ويثبت تثبيتاً حسناً واما في الكسور المتبدلة التي لا تزد

فالتوسط الجراحي واجب وفي الكسور المتبدلة بدلاً متوسطاً فالأجهزة هي الطريقة المنتخبة والمعالجة السيارة أفضل في جميع الحالات التي يستطيع اجراءها واني اضرب صفحاً عن كسور اللوح النادرة فهي اما ان تكون من متعلقات الجراح وخارجة عن استطاعة الطبيب الممارس لانها تكون ناجمة من رض شديد او دهس او مرم ناري فتستدعي معالجة جراحية او انها تكون شفاً بسيطاً فتستدعي ثديتاً خفيفاً .

وابدىء بكسور الترقوة وهي كثيرة الحدوث : فاذا كانت هذه الكسور غير متبدلة فهي لا تحتاج الى جهاز بل ان وشاح مايور يكفي لشفائها ويوضع هذا الوشاح ١٠ - ١٢ يوماً ثم ينزع ويبدأ بالتحريك التدريجي .

غير ان الكسر الذي يصادف غالباً هو الكسر الواقع عند ملتقى الثلث الوحشي بالثلث المتوسط وهو كسر متبدل بدلاً متفاوت الدرجات . فالقطعة الانسية تعلق وتبرز في الامام بفعل القصبة الترقوية الحشائية وتركب القطعة الوحشية التي تنخفض بفعل الدالية وتجر الى الانسي بالعضلة تحت الترقوة . فلكي يرد الكسر اى لكي تعاد القطعة الوحشية في اتجاه القطعة الانسية يجب رفع الكتف الى العالي ودفعها الى الوراء والوحشي . والرد سهل غير ان ثلثيته مستعصبة والرد في الولد سهل تحقيقه بوضعة امبردان :

وهي ان يجعل مرفق الطرف الواقع في جهة الكسر وساعده على ظهر المريض واليد على لوح الجهة السلية وتثبت هذه الوضعة برباط جسد مشدود زهاء ١٥ يوماً . اما في الكهل فيختار التمديد المتواصل بالجهاز ذي الاساور او وضعة كوتو (Couteaud) متى كان الشخص سهل العريكة . وهذه الوضعة تقوم

باضجاع المريض على ظهره عند حافة السرير وتدلية طرفه العلوي زهاء يومين او ثلاثة ايام اي الوقت الكافي للرد . وهذه هي الوضعة الاولى .

وبعد ان يرد الكسر يجعل الساعد اقبياً على كرسي اجتناباً للوذمة او يعلق بوشاح مثبت بالفراش . ويترك الطرف في هذه الوضعة زهاء اثني عشر يوماً . غير ان هذه الطريقة موءلة وقلاً تحملها مريض حتى النهاية . وعليه فيستطاع تثبيت المرفق في الوضعة الثانية بمجهاز جيس من نوع سوبيرن (Soubeyran) وهذا يمكن المريض من التجول . او يوضع الجهاز ذي السوارين بعد ان يترك المريض ساعتين او ثلاث ساعات في الوضعة وذلك بشد الكتفين وجرحهما الى الوراء برباط من المطاط يربط في الخلف ويستند الى سوار الجهة السليمة . ويجب اذا شئنا ان يكون الشد مفيداً جعله في اسفل نقطة ممكنة فحقيقاً لذلك يوصل رباط برباط المطاط ويثبت بالظهر برباط جسد . فهذا الجهاز يمكن المريض من الوقوف واستخدام ذراعه ومزاولة اعماله وهو يرضي الطبيب والمريض معاً .

واما الاستجدال (ostéosynthèse) فقلما يشار به

كسور العضد: الكسور التي تصادف في النهاية العليا هي كسور العنق التشريحي وكسور الحذبة الكبيرة وكسور العنق الجراحي العالية والوطية . وتصادف في كسور جسم العضد الكسور المعترضة والمائلة والحلزونية وفي النهاية السفلى تصادف الكسور فوق اللقمتين وكسور اللقمة وكسور ما فوق البكرة ويندر ان تصادف كسور البكرة .

فاذا استثنينا بعض كسور الوابلة (رأس العضد) المتداخلة التي يكفي الوشاح في معالجتها كان امامنا ثلاثة انواع من التبدلات لا بد من اصلاحها :
التزوي والتراكب والانفتال .

التزوي : ممكن وقوعه في جميع الاتجاهات لان الزاوية تفتح في الورا او الامام او الانسي او الوحشي .

وهو ينجم في الثلث العلوي من فعل العضلات ويحدث قوساً بابتعاد القطعة العليا بالدالية واقتراب القطعة السفلى بالصدرية . واما في جسم العضد فبسبب التزوي الرض نفسه وثقل العضو وميل المريض الى جر مرققه الى الانسي وفي القسم السفلي تدفع القطعة السفلى الى الورا بالثلثة الرؤوس مقلدة انخلاع المرفق .

التراكب : يفضي الى قصر العضد وهذا التبدل اخف في العضد (وهو رافعة الشد) منه في الفخذ (وهي رافعة الاتصاب) غير ان اصلاحه واجب وجعل القطعة العليا في محاذاة القطعة السفلى امر ضروري توصلاً الى استعادة الوظيفة الانفتال : هو انفتال احدي القطعتين على الثانية يقع في الثلث السفلي من جسم العضد غير ان اكثر حدوثه في كسور الثلث العلوي حيث تدور القطعة العليا الى الوحشي بفعل العضلات فوق الشوك وتحته والدورة الصغيرة والقطعة السفلى تدور الى الانسي بالصدرية والظهرية الكبيرتين .

فينجم من هذا تحدد في المركات يفضي الى عجز العضد وققد وظيفته . ويزداد دوران القطعة السفلى الى الانسي متى شد العضد بوشاح وثبت على الجذع فيجب والحالة هذه ترك الوشاح جانباً لكي يجعل الساعد في وضعة هي

بين السطح الجبهي والسهي .

واصلاح التبدل في كسور الثلث العلوي يستدعي خفض القطعة السفلى وتبعيدها لكي تصبح في اتجاه القطعة العليا التي لا استطاع تبديل وضعها بالنظر الى قصرها . ويأثر على تثبيت زها ١٥ يوماً والجهاز الجبسي الصدري المضدي الموءلف من مشد يحيط بالقسم العلوي من الجذع والملحقة به ميزابة عضدية مبعدة عن الجذع يمرى مختلفة الطول حسب الحاجة يمكننا من اجراء الوضعات جميعها حتى الزاوية المستقيمة والوضعة الاقضية اذا اقتضى الامر . ومن اجراء الشد المتواصل بالجيرة العضدية المطولة كما هو الامر في جهاز بوليكن .

ويستطاع صنع اجهزة عديدة بالجبس مقواة بصفائح من التوتياولا يرضى الطبيب عن اجهزة الجبس الامتى اتقن صنعها ولا يتقن صنعها الامتى تمرن عليها كثيراً في شعب التججير .

ونستعمل في مستشفانا عدا اجهزة الجبس جهاز روفيلواوهو مجموعة اجهزة عديدة استعملت في الحرب العامة . فانه يجمع خواص قلما يتصف بها جهاز آخر لانه يمدد وينعد ويضاد التمديد فهو احسن جهاز في الكسور المفتوحة التي تحتاج الى تضديد ويتألف هذا الجهاز من : ١ - اطوار مصنوع من قضبان معدنية محيطة بالعضد والساعد مبعده ومتبعية عند الابط بمذراة ومججنين يستخدمان في تثبيتهما بالجذع برباط ٢ . مسند لتبديد يمكن نزعها يستند الى القزعة الحرقفية بقضيب منحني ينتهي بمججنين يستخدمان لتثبيته بالجذع ٣ - يعلق الطرف في هذا الاطار بقطع من قماش ٤ - يتم التمديد برباط مطاط يثبت بالعضد بر كابة من المشمع .

غير ان هذا الجهاز الذي استنبط للجنود ثقیل الوزن لا تقوى النساء على تحمله وعليه فترك المعالجة السیارة فی النساء افضل واجراء التمدید فی الفراش خیر ما یصنع فی حالة التباعد حسب كانوا وفي جيرة توما .
ومتي كان خلع او متي لم يكن رد الوابلة (رأس العضد) مستطاعاً يجب رد الوابلة واستخراجها قبل وضع الجهاز .

والتمدید حسب المحور يكفي في كسور الجسم لرد التراكب واصلاح التزوي واسهل جهاز نستعمله في مستشفانا يقوم باحاطة مشاشة العضد السفلى برباط لاصق يعلق به ثقل معادل لكيلو واحد او كيلوين او كيس مملوء خردقاً او قطعة من رصاص مثنية على نفسها كتلة الفرس ومعتقة المرفق فتى كان المريض واقفاً حصل التمدید بفعل الثقل المعلق بعضده حسب شريعة الجاذبية ويجب في الليل ان يبقى المريض في وضعة نصف الجلوس او يستعاض عن الثقل بتمديد اقصي وذلك ان يوضع خيط يمر بيكرة ويربط به الثقل عند اسفل السرير ومتي تم الرد يثبت الكسر في وضع حسن حتى الاندمال بجيرة جبس خلفية تعتنق العضد كله والطرف منعطف او بجهاز صدري عضدي يثبت الكتف والمرفق منعطف زاوية قائمة والساعد في وضعة بين الكب والاستلقاء .

وليترك جانباً جهاز هانكان الذي نبذه اكثر الجراحين في مؤتمر سنة ١٩٢٥ ولو كانت المؤلفات لا تزال تذكره . لان استعماله يستدعي دقة شديدة ومراقبة دائمة فلما يتيسر الحصول عليهما ، استعملت هذا الجهاز كثيراً منذ زمن طويل فلم يرضني ورأيت الكثيرين يستعملونه فلم يكونوا راضين عنه ايضاً وعليه فتركه خيراً من استعماله واذا كان لا بد من ابقاء شيء منه فليحفظ

بطريقة الرد فقط .

يجب قبل وضع الجهاز تأكد ما اذا كان المريض في حالة تمنع تطبيق الجهاز على عضده كالاغراض العضلي الكثير الحدوث في الكسور المائلة المتبيلة بدلاً كبيراً وعليه يجب في هذه الحالة تحري الفرقة واقول في هذه الحالة لان تحري هنا العرض مضر كل الضرر وموالم ولا فائدة منه بعد استخدام الاشعة المجهولة في تشخيص الكسور غير ان هذه الحالة تستدعي تحري الفرقة لانها اذا لم تسمع على الرغم من ثبوت الكسر كان ذلك دليلاً على الاعتراض العضلي بين القطعتين ويثبت ذلك ايضاً الرسم بالاشعة فتعي اظهر الرسم ان القطعتين متباعداً عن احدهما عن الاخرى كان ذلك برهاناً على اعتراض عضلة بينهما فيجب حينئذ فتح مركز الكسر وازالة هذه العضلة .

والحالة الثانية التي تتم وضع الجهاز الشلل الكعبري الاولي الذي يستدعي فتح مركز الكسر ايضاً والتفتيش عن العصب وخياطته متى كان مقطوعاً او تخلصه من الضغط متى كان مضغوطاً او مرضوضاً وجعله في مأمن من ان يحيط به الشبذ القبل

وخط الكسر في الكسور فوق القمتين مائل الى الاسفل والامام والقطعة العليا تدخل في العضدية الامامية والقطعة السفلى يجرها تقلص ذات الرأسين فعلمو وتذهب الى الوراء فيستدعي الرد حينئذ التمديد اولاً فالعطف ثانياً . ويجب ان يثار على العطف الحاد زهاء ١٥ يوماً . وجبيرة بروكا الحلقية هي احسن جهاز لانها تسمح للطبيب بمراقبة الكسر بالاشعة المجهولة . وحذار من التمسيد . وكسور اللقمة العضدية وحدها تستدعي التسمير الا اذا كان ردها مستطاعاً

بالعطف او التمديد مع الاستلقاء .

وكسور البكرة تعالج بالتمديد المتواصل والرفق معطوف زاوية قائمة واليد في حالة استلقاء غنيفة فيأتي سطح الزند المفصلي في هذه الرضعة ويستند الى القطعة السفلى ويعيدها الى مفرها . واذا لم تنجح هذه الطريقة تسمر القطعة المنكسرة . والقطع في كسور مافوق البكرة وما فوق اللقمة تنخفض بالعضلات المرتكزة عليها وهي العاطقات فتعالج هذه الكسور والرفق منعطف وتثبت برباط ضاغطة او بالتسمير .

يقول بروكا « لا تعتقدوا بانكم تعيدون الى المرفق شكله ووظيفته حتى متى عاجلتم الولد منذ البدء ووضعت الاجهزة الاكثر ملائمة » لان التهاب المفصل وتشعب السحق الطافح في الاحداث هما عاملان شديدا الخطر ومعظم هذه الكسور تقع داخل المفصل فتثيتها يجب ان يكون قصير المدة وحذر من التمسيد لانه ينه السحق ومن التحريك المنفعل .

كسور الساعد اذا وقع الكسر في الثاني المرفقي ولم يكن تبدل ثبت المرفق ١٢ ١٥ يوماً وهو منبسط في ميزابة جبسية فتسترخي حينئذ ذات الراسين . واما كسور هذا الثاني التي يرافقتها تبدل فتستدعي التوسط وكسور النهاية العليا للكعبرة وعنقها وهي نادرة تستدعي التثبيت وربما قضت الحال بنزع القطعة المنكسرة او استئصال الرأس متى عاقب الحركات .

وكسور النهاية العليا للجسم الزند المسماة كسور موتاغيا قد تمرقل بانخلاع رأس الكعبرة وهذه الافة خطيرة اذا لم تشخص منذ البدء .

يقول كيرميسون : الخلع هو كل شيء اما الكسر فلا اهمية له فيجب اذن

ان يرد الحلم بعد التخدير العام فيعهد الى المعاونة بالتمديد ومضاد التمديد والجراح يسك المرفق براحة يده ويدفع الرأس معيداً اياه الى ماس تحت اللقمة ومتى اعيد الى مكانه يثبت الطرف وهو منعطف انعطافاً حاداً ٢-٢٥ يوماً في ميزابة جيس خلفية . غير ان التوسط الجراحي ضروري في اكثر الاحيان لرد الحلم واستبدال الزند

وجسم عظمي الساعد يمثلان كما بين ذلك دستو مفصلاً حقيقياً عظم الزند هو العظم الثابت فيه الذي تدور حوله الكعبرة في حركتي الكعب والاستلقاء . وسلامة عنصري هذا المفصل ولا سيما الحناء تقبب الكعبرة الوحشي ضرورية لاجراء حركات الدوران حول الزند وبقاتها متسعة . فتزوي القطع وتراكبها اللذان يقصران هذين العظمين ويمثلان الفرجة بين العظمين والانتقال كل هذا يحدد الحركات وذات الرأسين التي تجري حركة الاستلقاء تضم القطعة العليا في حالة الاستلقاء التام بيدان المربعة او المدورة الكابة تجعل القطعة السفلى في حالة الكعب . فينجم من هذا الانتقال ان حركات دوران الساعد قد تمحي بتاتا وعليه فالرد التشريحي يجب ان يعتنى به كل العناية والساعد يجب ان يثبت دائماً في حالة الاستلقاء الا متى وقع الكسر في جسم الزند عند ثلثه السفلي وهو الكسر الوحيد من كسور الساعد الذي لا يثبت في حالة الاستلقاء وسبب الانتقال هنا هو تقلص المربعة الكابة فيجب ان تكون مشرخية وذلك بالتثيت في حالة الكعب في نصف ميزابة جيس .

ولكي يرد كسر منفرد واقع في جسم الكعبرة وعند ثلثها التوسط يجري التمديد على المعصم وتضاد التمديد على المرفق ويثبت في ميزابة جيس معتقة

للضرة والالية والمرفق ويعطف المرفق لتسترخي ذات الرأسين ويثنى الساعد الى جهة عظم الزند ويوضع في حالة استلقاء عتيقة ويبدأ بالتحريك في اليوم العشرين وتنزع الميزابة في الثلاثين .

ومتى وقع الكسر في جسم عظم واحد يجب ثني اليد الى الجهة السليمة وعطفها قليلا متى كانت القطعة السفلى متبدلة الى امام القطعة العليا وتبسط اليد متى كان التبدل معاكسا لما تقدم وهذا نادر .

وكسر عظمي الساعد وهو كثير الوقوع في الاولاد اشد خطراً من كسر عظم واحد لان التبدلات جميعها تبدو في : الانفتال فكون القطعتان السفليتان في حالة الكب والقطعتان العلويتان في حالة الاستلقاء . والتزوي فكون الزاوية مفتوحة الى الوراء ويقلب اتجاهها الى الانسي كل هذا يصعب الرد ويكثر من الاعتراضات العضلية والعصبية وبعد الكسر للشبذ المعيب الجسري والمفصل الموهم وداء فولكان

فلكي يعاد المحور يجب ان يرد الكسر بعد التخدير او في جهاز ذي تمديد متواصل : جيرة توما ، اطار التعليق ، جيرة روفيلوا (متى لم تكن التبدلات شديدة) وتجب المغالاة في اصلاح التبدلات انفتال الكعبرة ولا سيما انحنائها ثم التثبيت ٢٠ - ٤٠ يوما واليد مستقيمة في ميزابة جيس تعتق المرفق المنعطف زاوية قائمة واليد حتى ثنية انعطاف الاصابع الراحة وتجنب الانتشاءات الامامية والخلفية والجانبية ويجرر الابهام والاصابع جيداً وحذار من وضع جهاز جيسي دائري اجتابا لفقر الدم الموضعي وداء فولكان ويجب التحقق مرات عديدة من وضعة القطع ويدل الجهاز متى اتسع .

وإذا كان الرد مستحيلا أو غير وافي بالثبوت كان الاستبدال موافقا لان
كسور عظمي الساعد تدخل في زمرة الكسور التي يشار بها بالاستبدال .
وكسر النهاية السفلى للكعبرة هو أكثر كسور الساعد وقوعاً والتبدل
المسمى ظهر الشوكة فيه أشهر من ان يذكر فهو يتجم كما لا يخفى من اندفاع
القطعة المكسورة الى الوراء، وانتقالها الى جهة الحافة الكعبرية وانتقالها الخفيف
نحو الكعب بالنسبة الى القطعة الثانية الباقية في حالة نصف الاستلقاء

وبعد ان يرد الكسر تعطف اليد وتثنى على الحافة الزندية وتجعل في حالة
الاستلقاء وهذه هي الوضعات المخالفة للوضعات التي اتخذتها القطعة المكسورة
حين تبدلها . ويترك الجهاز ١٥ - ٢٠ يوما فقط اجتنابا لتيصات المعصم .
وجيدة هانكان التي تثبت الكسر في وضعة متوسطة والكثيرة الاستعمال
لا تراعى فيها حالة الاستلقاء ونفضل عليها ميزابة تعشق المرفق .

ومتى رض معصم اليد يجب ان يفتش جيدا في الرسم الكهربي عما اذا
كانت عظام الرسغ قد اصبحت ام لا الزورقي والملائي والعظم الكبير لان كسر
هذه العظام او انخلعاعها يستدعي توسط اراحيا يرد به العظم او يستخرج .

ويستدعي كسر قاعدة المشط الاول او كسر بانن (Benett) التمديد مع
التباعد ١٥ - ٢٠ يوما - وكسور الامشاط الاخرى التي لا يرافقها تبدل في
اكثر الاحيان تشفى بعد ان تثبت ١٥ يوما على خشبة

وتعالج كسور السلاميات بالتمديد المتواصل ١٥ يوما المجري بقطعة من
المشمع وانبوب من المطاط وخشبة صغيرة

هنا ما يقال باختصار عن كسور الطرف العلوي وطرق ثبتيته .

معالجة كسور الطرف السفلي المغلقة

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

يحمل الطرفان السفليان والشخص منتصب الجسد كله فيجب والحالة هذه ان يبقيا سالين ليقوما بهذه المهمة الكبيرة وطول الطرفين السفليين المتبادل شرط واجب في توازن الحوض وانتظامه . اما في اثناء المشي فالطرفان السفليان يقومان بمهمة الدفع فسلامة المحاور والعضلات والمفاصل اذن واجبة كل هذا يبين لنا الصعوبة التي يلاقها الجراح في اعادة العضو المكسور الى حالته التشريحية والوظيفية

ولا يستطيع فصل الطرفين السفليين عن الحوض لان آفات الاولين تؤثر في الثاني .

فكسور الحوض تثبت في ميزابة بونه مع رباط جسد متى كان وصل العانة مبتعداً ابتعاداً محسوساً ولم يكن هناك شظية عظمية يخشى منها على المثانة اما في كسور الجوف الحقي او الكسور العمودية المضاعفة فالتמיד المتواصل واجب .

....

وكسور الفخذ اما ان تكون داخل المحفظة او خارجها فالاولى تستدعي في الغالب التوسط الجراحي والثانية يكفينا التجبير عادة وكسور عنق الفخذ هي الكسور التي يستدعي اندمالها الوقت المديد ويقسمها

دله الى الكسور العنقية المدورية او الكسور خارج المحفظة والكسور العنقية الحقيقية التي تقسم بدورها الى كسور تحت الرأس و كسور مجتازة العنق .
فالكسور العنقية المدورية تتدخل بدشذ عظمي واما الاخرى فكثيراً ما تنفضي الى مفصل موم . ولا سيما متى كانت القطعة الانسية قصيرة .
وفي المعالجة طريقتان : التجبير في الكسور العنقية المدورية والجراحة في الكسور العنقية الحقيقية . والغاية هي اجتناب المفصل الموم الذي يقل وقوعه في الكحول ويكثر في الشيوخ وينجم منه عجز يكاد يكون تاماً بسبب الالام التي يحدتها حين المشي .

واذا اردنا ان يكون رسم العنق الشعاعي حسناً ونعلم به مقر خط الكسر يجب ان يرسم الطرف والقدم مداراة الى الانسي . ولا يجوز ان يبدو المدور الصغير في الرسم او ان يبدو قليلاً اذا كان لا بد من ظهوره فهذه الوضعة ترسم العنق رسماً تاماً واضحاً . وبعد ان ثبت ان الكسر في العنق يجب تأكد ما اذا كانت حالة المريض العامة لتحمل التوسط الجراحي قبل مباشره اجرائه لئلا يموت المريض بعد بضعة ايام متأثراً من الصدمة الجراحية .

فاذا كان المكسور معتوهاً او هرمساً يكتفى بوضع لوح من الخشب تحت فراشه وباجراء التمديد والتجيد او بوضعه في ميزابة بونه التي يستطيع فيها رفع المريض وتنظيفه وتراعى قاعدة لوقا شامبيونار القديمة وهي التحريك الباكر ويترك المريض في الوضعة التي يستطيع تحملها لان الغاية الاولى هي اجتناب العراقل الرئوية واما الاندمال فهو في المرتبة الثانية من الاهمية .

فاذا لم يمت المريض من صدمته وكان يرجى اندمال العظم يجرى التجبير

في الكسور العنقية المدورية او الكسور خارج المفصل . والقاعدة هي هي لا تنعيم^٣ يرد الكسر باجراء حركات مضادة للتبدلات التي اصابته القطع ويثبت بعد الرد في جهاز جبسي كبير كما في التهاب المفصل الحرقفي الفخذي السلي . هذه هي طريقة رويال وبتان ويظهر انها فضلى الطرق غير الجراحية في معظم الحالات .

بعد ان يخدر المريض يوضع على مسند الحوض ويشد معاونان طرفيه السفليين شداً متعادلاً بعد تبعيدهما وادارتهما الى الانسي لان التباعد يرخي العضلات الحوضية المدورية ويجعل القطعة السفلى في اتجاه المقطعة العليا ولان الدوران يخلق الزاوية المفتحة في الامام المرفقة من سطحي العظم المكسور . ويراقب الجراح هذا الانطباع جيداً . والتباعد حتى الدرجة ٢٥ او ٥٠ يجعل القطعة السفلى ملاصقة لحافة الجوف الحقي الذي ينم صموها ويراقب الرد الحسن بقياس "الطرفين ومقابلة طول احدهما بالآخر . ويثبت هذا الرد بسنبلة كبيرة جبسية تثبت الطرف في حالة تمديد وتبعد ثامة ودوران الى الانسي .

فهذا الجهاز الذي يثبت الكسر بعد رده تثبيتاً حسناً ما امكن يتصف بهذه الحسنة وهي انه لا يحتاج الى رقابة متواصلة

ويدار المريض في سريره بمنة ويسرة اجتناباً للاحتقان الرئوي ويضع على بطنه احياناً اجتناباً لتخشك ريشة . ويبقى هذا الجهاز ٨ - ١٢ اسبوعاً وعلى المريض ان يلازم فراشه عدة اسابيع بعد نزول الجهاز ريثما تستعاد الحركات وتزمن العضلات .

وإذا كان تداخل والوضعة شديدة العيب وكان الواجب يقضي بفك هذا التداخل فان للتسمير حسب طريقة دلبه احسن النتائج .

وطريقة دلبه هي فضلى الطرق في معالجة كسور العنق الحقيقية غير ان التسمير بلولاب مودني قد اهمل الان وحل محله ادخال طعم مأخوذ من الشظية . كان دلبه لا يستعمل هذا الطعم الا في معالجة المفاصل الموهمة . ثم انهم لاحظوا ان كثيرين من المسمرين لم يكونوا يمضون الا بفضل هذا المحوى وان الشبذ لم يكون فيهم . وبما ان الغاية المقصودة من التسمير هي تقريب السطحين العظميين لتكون الشبذ فقد اختير الطعم الشظوي في الحوادث الحديثة العهد وهو طعم لا يلبث ان تمتصه الاوعية الشعرية ويعيش عنه نسيج عظمي جديد التكون . واني استعمل هنا طريقة نودنبوس لسهولة فانه يستطيع اجراءها في كل مكان دون ما حاجة الى آلات خاصة سوى مثاقب تدعى المثاقب الاميركية ومحرك تعلق به هذه المثاقب وتدار . وقد كنت ادخل منتصف رأس الفخذ كلما كنت احفر نفقا في العظم والطرف مبعده حسب خط يصل النقطة التي يثقب بها العظم الواقعة تحت الفزعة المحددة للعدوز الكبير بالشوك الحرقفي الامامي العلوي في الجهة المضادة

ويموزان يثبت الطرف بعد هذه العملية في جهاز جبسي كبير غير ان في هذا ما فيه من المخاذير ولا سيما الحشك يشات وقد استعضت عنه بجهاز تمديد معلق يثبت الطرف به ولا يسمح للمريض بالمشي قبل الشهر الرابع او السادس لان الطعم العظمي يكسر اذا ما مشى المريض قبل الوقت المعين ومدة المعالجة الحلقية (الفسيولوجية) لا تقل عن سنة .

وأما كسور جسم الفخذ فهي الكسور الكثيرة الوقوع التي تبديل القطع فيها العليا الى امام السفلى وقد يبلغ التراكم مبلغاً كبيراً (٨ - ١٠ استخثرات) وكما وقع الكسر عالياً كان تبديل القطعة العليا كبيراً وكلما وقسم وطياً تبدلت القطعة السفلى . والصعوبة الشديدة التي يجب التغلب عليها هي التقلص العضلي وكسور ما تحت المدور يصعب اصلاحها لان القطعة العليا قصيرة جداً ومنفتلة الى الوحشي بالعضلات الحوضية التروخترية ومبعدة بالالويتين المتوسطة والصغيرة ومنعطفة بابي سواس .

والقطعة السفلى مشدودة الى العالي بالوركيات الساقيات (الوترية النصف والغشائية النصف وذات الرأسين) والى الانسي بالمقربات فتنبج من هذا زاوية قمتها الى الوحشي وفرجتها في الانسي والخلف وهي التي تؤلف قوس البندقية فالمعالجة الوحيدة في حالة كهذه هي ولاشك الاستجدال (Ostéosynthèse) واذا رفض المريض ذلك يجرب التمديد المتواصل بجهاز تيو المشترك مع جبيرة الليونيين الحوضية الظهرية القدمية او التعليق والتمديد المتواصل والطرف منعطف بعد ثقب لقمتي الفخذ بالسفود غير ان هذه المعالجة تستدعي الرقابة الشديدة والا كانت النتيجة سيئة .

وقطع العظم المكسور متى وقع في القسم المتوسط سواء اكان الكسر معترضاً او حلزونياً او مفتتاً عرضة لافعال عضلية شديدة . فان القطعة العليا بفصل ابي سواس والحوضيات المدورية تبعد وتنعطف وتدور الى الوحشي وتبرز في الوحشي والامام . والقطعة السفلى تؤلف زاوية مع القطعة العليا بعد ان تجرهما الى العالي والانسي المقربات وهذا ما يسمى التبديل القوسي الذي تشهد

درجته كلما علا الكسر . وهذه التبدلات الزاوية مركبة يضاف بها القصر الى الافتتال .

واذا رد الكسر مباشرة فقلما ثبتت الاجهزة الجبسية قطع العظم تثبيتاً حسناً . لان هذه الاجهزة لا تجد نقط استناد ثابتة حتى متى خيل ان الرد كان حسناً فان الجهاز ينقسم بسرعة والعضلات تعود الى التقلص ويحتاج الجراح الى تبديل جهازه ويستثنى الاولاد الذين لا يعرضهم ضعف عضلاتهم لهذه التبدلات بل يكتفى فيهم بهذه الوسائل .

والتمديد المتواصل هو الوسيلة الوحيدة التي يستطيع بها التغلب على عضلات التخذ وفضلى الطرق هي الطريقة التي يشرك بها التمديد مع التعليق . ويجب ان تهمل طريقة تيو التي يشد بها الطرف وهو مستقيم وطريقة هانكان التي يشد بها وهو منعطف لان الاولى تسهل احتقان الرئة في الشيوخ وتحدث التيسبات المفصليّة ولان الثانية قد ترض الحزمة الوعائية العصبية وكلتا الطريقتين تشدان الركبة وقد توءديان الى استرخاء مفصلها وفضلاً عن ذلك فان قوة التمديد تمحوها السطوح الخالوية الصفاقية ولا ينتقل منها الى الصقل الا الجزء اليسير فافضل طريقة في التمديد يستطيع استعمالها كلما سنحت الفرصة هي ما يشد العظم مباشرة وذلك بسفود ستاينمن . وقد عين فرسون وتوبا النقطة المنتخبة لوضع هذا السفود وهي على اتصال خطين اوغما واقع على امتداد محور القطعة السفلى والثاني مار بحافة اللقمتين العليا .

ويجب ان يراعى التعقيم الشديد في اجراء هذه العملية وان يراقب المراقبة الدقيقة ما زال السفود موضوعاً . فهذه الطريقة التي يستطيع بها تعليق الطرف

ايضاً في جهاز توما او في احد مشتقاته (توما لاردينو، جيرة ووفيلوا العمومية) تنقص ضياع القوة المحدثة على الركبة المنعطفة والانعطاف هو اكثر الوضعات ملائمة للاسترخاء العضلي . والتباعد يجعل القطعة السفلى في اتجاه العليا والتمديد يُخفف . واذا ساعد المريض او من يحيط به الجراح بالمراقبة كانت النتائج باهرة والمثل الأسمى في هذه الحالة هو الإطار فان التمديد فيه يستطيع اجراؤه حسب الاتجاهات المختلفة والقصوى رداً للتبدلات الكبيرة وليس هناك اقل ضياع في قوة الشد ويستطاع استعمال جبائر هودغن بدون ان تستند الى المريض وتحريك المفاصل مستطاع منذ اليوم الثامن واستعادة الوظيفة الباكرة محققة .

ومتى بدأ الاندمال يستطيع حينئذ التثبيت في جهاز جس ولكن اذا كان الرد متعذراً بطرق التجبير هذه التجهيز الى الاستجدال وهو الطريقة الاكثر تعريضاً للتعفن . ولا يسمح للمصابين بكسور جسم الفخذ بالمشي قبل ان تمر مائة يوم على كسورهم الا اذا كانوا يحملون جهازاً يميز لهم السير (جهاز دالبه) لانه اذا سمح لهم بالمشي في اليوم الخامس قد يكسر الدشبذ او ينثني فيتقوس وهذا ما يجب اجتنابه والنقطة يستدعي ثلاثة الى اربعة اشهر .

وفي الرضيع يستطيع تثبيت الطرف وهو منبسط على الصدر فيعاد الرضيع الى وضعه الجنيني وفي الاولاد الصغار يعلق الطرف عموداً ويشد ريثما ترتفع الية الجمجمة المصابة عن سطح السرير ولكن حذار من الحشك ريشات الكعبية او فوق الكعب التي تحدها الربط فلتوضع هذه فوق الكعبين واذا بقي بعض التبدل ولم يرد الكسر جيداً فكل هذا يتحسن في سياق النمو . ومتى كان الولد اكبر

منأ رضي بأن توضع له جبيرة توما الصغيرة فان جبيرة العضد في الكهل يستطيع استعمالها للطرف السفلي في الولد . والجهاز الجبسي مستحسن ولا مندوحة عن استعماله في بعض الحالات اما السفود فلا يجوز استعماله البتة في الولد لان غضروف الاتصال يرض به فيتشوش نحو الطرف .

وتتجه القطعة العليا في الكسور فوق اللقمتين الى الامام والوحشي وقد تمزق الربج تحت المربعة الرؤوس او الاقسام الرخوة وتوجه القطع السفلى الى الانسي بالمقربات وتقلب الى الوراء بالتوأميات وتحرف القدم والركبة الى الوحشي . ورد هذه الكسور مستضعب لان انصباب الدم المفصلي وقصر القطعة السفلى يعيدان الاستناد الى هذه القطعة وهما ويجب مع ذلك اجتناب العراقل الوعائية العصبية الكثيرة الحدوث والتفكير في اعادة الركبة الى وظيفتها . فالتمديد المتواصل الشديد ضروري اذن (١٢-١٥ كيلوا لمدة ٤ - ٥ ايام ثم ٦-٧ كيلوات مدة ستة اسابيع) وهذا لا يستطيع اجراؤه على ركبة منهطمة معلقة الا بسفود مخترق للعظم والعطف يرخي عضلات الساق ويصلح بعض الاصلاح هبوط القطعة الى الوراء والاستجدال واجب متى كان الرذ متعذراً او المحافظة على الرذ مستصعبة وهو يسهل كلما بكر في اجرائه . والاندمل بطيء والثبيت واجب ما لا يقل عن ستين يوماً .

والكسور بين اللقمتين تستدعي الاستجدال بسرعة لانها كسور مفصلية ولان الاستجدال وحده يعيد العظم الى وضعه الحسن والامر الذي يجب اجتنابه في هذه الحالة هو القسط (ankylose) .

وليس ما يقال في كسور الناعضة لان الاراء مجمعة على التوسط الجراحي فيها: خياطة الجناحين بالشعر او احاطة البائرة بحلقة وهذا مفضل . ويجب ان يحرك المفصل تحريكاً فاعلاً ويكرر فيه لانه افضل واسطة لاجتناب الانصباب المفصلي وان يبدأ بالمشي في اليوم الثامن او العاشر .

....

وكسور مشاشة الظنبوب العليا ولا سيما كسور الحذبة الانسية التي تحمل ثقل الجسد تستدعي التسمير .

وكسور حذبة الظنبوب الامامية تعالج بالتسمير كما ان كسور جسم الظنبوب تعالج بجهاز دلبه الجبسي وقد عم استعماله اقطار العالم وكذلك القول في كسور الكعبين وكسور عظمي الساق . فهو افضل جهاز لانه يثبت القطع المنكسرة ويبقي المفاصل حرة والعضلات طليقة .

والقصر والتراكب في هذه الكسور يعودان الى عضلات المسكنين الامامي والخلقي الطويلة .

فان المربعة الروموس التي تتركز على الحذبة تدفع الى الامام قطعة الظنبوب العليا ومثلثة الروموس الحموية (triceps sural) تنفد القدم وتجذب قطعة الظنبوب السفلى الى الوراء فتكون من القطعتين العليا والسفلى زاوية فرجتها في الورا .
والرد واجب اجراؤه بسرعة بعد التخدير . والتמיד يجري بالانتقال حسب التعليمات التي تذكرها جميع المؤلفات ولا حاجة الى وصفها ووصف جهاز دلبه وهو اشهر من ان يعرف اما تضاد التمديد فيتم بواسطة الجسد الذي ترفع قدماه ويخفض رأسه ومتى رد الكسر جيداً ثبت بجبائر جيس تستند الى القسم

المرضى من قرص الظنوب ورأس الشظية في العالي والى الكعنين في الاسفل
وليتنبه اشد الانتباه حين وضع الطوفين لثلا يستندا الى الحديدة الامامية او الى وتر
الساقية الامامية الذي يجب ان يبقى حرّاً .

وقنزعة الظنوب اذا مد خط منها يجب ان يقع في القوت الاول (الفصل
بين اصبعين) والشوك الحزفي الامامي العلوي ومتصف الداغصة والحافة الانسية
للابهام يجب ان تقع على خط مستقيم واحد .

ويجب ان تكون القدم زاوية مستقيمة على الساق وان تثبت في هذا
الوضع اجتناباً للقفد (équinisme) ويجب في الوقت نفسه ان يجتنب تزوي
القدم الى الامام .

ويبدل الجهاز متى اتسع ويقع ذلك ٢-٣ مرات وينزع قبل ٢٠-٤٠ يوماً
واما في كسور الثلث السفلي الحلزونية التي لا ترد فيجب الالتجاء الى
الاستجدال لان التمديد المتواصل في الساق صعب تحمله ولا تعالج به غير
الكسور المفتوحة وجهاز ذله حسن النتائج في الكسور الكعنية ايضاً على ان
يصلح هبوط القدم الى الوراء والانفراج الظنبوي الشظوي وانقلاب القدم الى
الوحشي وان يغالى في تقويم القدم حتى يجف الجهاز . غير انه لا يسمح للمرضى
بالمشي قبل اليوم العشرين او الخامس والعشرين بل يشار عليهم بتحريك مفاصلهم
وتقليص عضلاتهم فقط وهم في اسرتهم . ولست اضع الساق في ميزابة ثمانية
ايام الا في كسور عنق القدم المفتحة التي تشابه بها هذه الناحية كيساً من الجوز
وتشعر قل بكسر فوق الكعنين . توضع الميزابة حينئذ مع التمديد المتواصل .
واذا تعذر الرد يلجأ الى التسمير او التلولب (vissage) .

وكسور عظم الكعب مع تبدل تستدعي استئصال هذا العظم ثم التثبيت في جهاز جبسي والقدم زاوية قائمة على الساق على ان يعقبه التحريك المبكر . واما الكسور بدون تبدل فكثيراً ما تقضي الى التهاب المفصل الذي يستدعي استئصال عظم الكعب فيفضل والحالة هذه استئصال هذه العظم منذ البدء .

وتعالج كسور العقب في اكثر الاوقات بالتلويب وانذارها محفوظ حتى متى لم تنهدم قمة القدم : ويفضي التثبيت والحمامات والتمسيد فيها غالباً الى الاعداد الشديد .

ويجب ان يجتنب انهيار قمة القدم في كسور عظام الرسغ الاخرى وتثبت كسور الامشاط ٨ ١٥ يوماً مع مغاطس حارة والخب ومضى كان تبدل كبير في كسور المشط الاول او الخامس كان الاستجدال خير المعالجات .

واذا كان التمديد ضرورياً في كسور الامشاط فانه يجري على نسق ما رأينا في كسور اصابع اليد .



لنبيه

جاءتنا من حضرة الاستاذ احمد حمدي بك الخياط الصكلمة الاتية :
 جاء في الصحيفة (٢٠٧ الجزء الرابع ، المجلد السابع) من هذه المجلة اني اسميت (الاوزون) بالفواح ، والحقيقة اني لست الراضع لهذا الاسم بل نقلته عن اللروح الطيب توفيق صدقي ، ولا ادري ما اذا كان هذا الوضع له او انه استحسنته ونقله عن غيره كما استحسنته واستعملته . فيينا للحقيقة جئت بكلمتي هذه راجياً نشرها ولكم الشكر الجزيل

المجرائي
 احمد حمدي الخياط

خلاصة مؤتمر بوردو

« V »

للدكتور انتاس شاهين

رئيس مريضات امراض الاذن والالاف والحنجرة

المداداة

١ - في الصداعات العينية

لواعدنا انتظر قليلاً في المقالات السابقة نجد ان مداداة الصداعات تنحصر
 بازالة النقطة الشائكة المخرشة . ولو اردنا ان نأتي على ذكر مداداة جميع
 الصداعات العينية لاحتجنا الى سرد معالجة امراض العين والوقب جميعها من
 جراحية وطبية وبصرية . فنكتفي بان نضع نصب اعيننا علم الحلقة المرضية
 لنعلم ان كل صداع اياً كانت شدته يزول بزوال السبب الداعي الى احداثه ولناخذ
 مثلاً السعقة (glaucome) المتصفة بشدة الضغط الداخلي في العين فانها
 ولو بلغت من الشدة مبلغاً كبيراً وكانت نوبة الصداع فيها موملة لا تطاق تسكن
 في الحال متى انقص الضغط الداخلي في العين بالتوسط الجراحي

ونذكر ايضا سرعة شفاء الصداع وما يرافقه من الاعراض في المصابين

بـد البصر متى اصلح مدبصرهم بعدييات موائقة

٢ - مداداة الصداعات الانفية

تنحصر مداداة الصداعات الانفية المنشأ ايضاً بازالة النقطة الشائكة المخرشة

لأنها منبع الألم . فيجب توسيع فوهة الجيب متى كان الألم ناشئاً من التهاب احد الجيوب وانحصار القيح فيه لضيق فوهته . ومتى كانت الصداع مسيياً من ضيق المنخر لضخامة احد القرينات يزال هذا التضيق بالتوسط الجراحي . ومتى كان الصداع ناجماً من انضغاط الياف العصب الودي تحرر وتقطع او تخدر او يلجأ الى وسائط اخرى من شأنها ازالة السبب .

يزيل استنشاق ابخرة المشول وريذاذ الكوكائين والادرينالين الصداع في زكام الانف الحاد بتخفيفه احتقان القرينات واصفار حجتها . وقد عد تارنو (Tarnaud) الصداع الزكامي ناشئاً من اختلال وعائي عصبي سببه اختلال ودي عصبي وهو يعتقد ان خير علاج لهذا الصداع اعطاء المريض في اول زكامه عشر قطرات من الادرينالين يتلها المريض كل ساعتين على قطعة من السكر فتتظم جلته الودية ويزول الألم بانتظامها وفي الحقيقة فان مفرزات الانف يسهل سيلانها بعد اخذ هذا العلاج ويقل الزكام .

ومتى كانت انسداد انفي علينا ان نعلم أولاً ما اذا كانت ازالة الانسداد ممكنة ام لا . فان كان سبب الانسداد عظمية او مخاطية قديماً يزال جراحياً اما بخزغ غضروف الوتيرة او بوتر قنزعة او مهاز غضروفي او بخزغ القرين او ذنبه بالنسبة الى حالة الضخامة

واما متى كان سبب الانسداد احتقاناً متقطعاً فالتأني والابتعاد عن التسرع في التوسطات الجراحية واجبان فعلى الطبيب الاختصاصي ان يقوم مقام طبيب داخلي ويقتش عن اسباب انسداد الانف في الاعضاء البعيدة . وعليه ان يذكر ان كلية محتلة الافراغ او كبداً مريضة او غدة درقية ضعيفة

الافراز او مبيضاً كسولاً قد تسبب انسداد الانف الاحتقاني وان هذا الانسداد يزول بمعالجة هذه الاعضاء المريضة .

ينشأ صداد التهاب الجيوب الجبهية والفكية الحاد غالباً من انحصار مفرزات الجيوب الملتهبة بسبب انسداد الفوهات المرتشحة . فزوال هذا الارتشاح يكفي لفتح الفوهات وزوال الألم . واحسن واسطة تجمع بين السهولة وسرعة العمل هي وضع قطعة قطن مبللة بمحلول الكوكائين والادرينالين تحت القرين المتوسط في الصفاخ المتوسط وفي قمع الجيب الجبهي . وقد يقف القرين المتوسط بضخامته حائلاً دون ادخال قطعة القطن ففي حالة كهذه يجب ان يتر قسمه الضخم . واذا كان المانع انحراف الوتيرة فيجب ازالة هذا الانحراف بالعملية الخاصة متى كان الامر ممكناً . وعلى الطبيب الا يكتفي بالمعالجة الموضعية فقط بل عليه ان يشر كما بالمسكنات العامة كالاسبيرين والبيراميدون والا كونيئين الخ

وربما تعذر على الطبيب ادخال قطع القطن المبللة بمحلول الكوكائين والادرينالين بسبب انسداد الانف ولم يستطع ازالة الجسم الساد جراحياً لاسباب شتى ولم يأت رذاذ الكوكائين وبخبرة الماثول بالفائدة المطلوبة فيجب جرياً على طريقة كانويت وتيراكول ان يخدر العصب الانفي الانسي والجبهي الوحشي بمقنة مخدرة على طول الجدار العلوي الانسي للوقب ان الحقن بالكوكائين في هذه الناحية من الوقب يسكن الألم ويخدر الناحية الجبهية تخديراً موقتاً فيصبح ادخال حاملة القطن حتى القمع ممكناً او ينتظر ريثما يمر دور التهاب الحاد فتجرى المعالجة الجراحية الحاسمة .

وبعد هدوء النوبة الحادة وسكون الألم يجب توسيع فتحة الجيب والقمع بالبشر (rapage) ولا بأس من بتر رأس القرن المتوسط متى كان جسيماً . ولا تجرى هذه العملية الجراحية الا بعد مرور مدة طويلة على الدور الحاد خوفاً من هجوم الجراثيم المنبثة في السطوح المعراة من غشائها المخاطي وتسربها في الاقسام العظمية واحداثها التهاب العظم والتقي الذي يأخذ شكلاً وخيماً في هذه الناحية .

فمتى كان انسداد القمع السبب الاكيد لهذا الصباغ الجيبي ادى توسيع هذا التضيق الى شفاء ذلك الألم .

ومتى كان السبب انضغاط العناصر العصبية وتهيج الالياف الودية المجاورة فان التخديرين الناحي والموضعي مع فترة الجيب المصاب يأتيان بالنتيجة نفسها لانهما يخففان الضغط عن الالياف العصبية بازالة الاحتقان من القنوات العظمية حيث الاعصاب منضغطة .

وما قيل في التهاب هذه الجيوب الجبهة الفكية يقال في التهابات الجيب الوتدي . ففتحة هذا الجيب وهي امر سهل عمله في اغلب الاحيان تأتي بفائدة جليلة لانها تسهل انقراغ محتوى الجيب القيحي وتخفف الألم وان هو الا ألم انحباسي يزول بسرعة بعد ايجاد مخرج للمفرزات المتجمعة فيه ، غير ان سيلاناً قيحياً انفيّاً بلعومياً يعقب هذه الفترة ويطول أمده

وليس انحباس المفرزات القيحية وحدها يستدعي الفترة بل الفترة مفيدة كل الفائدة وان لم يكن قيع منحبس . فارتشاح مخاط الجيب او نمو مرجلات (polypes) او اوكياس فيه يكفي لسد فوهة الجيب وحدوث الحلاء الجيبي الداعي

الى الألم الشديد قشيرة الجيب او طلاء فوهته بمحلول الكوكائين او محلول
بونان يفتح الفوهة ويهوي الجيب ويزيل الألم .

يعلل لنا هذا فعل الكوكائين في بعض التهابات الجيب الضخامية التي
وصفها رايت وسلودر (Wright et Sluder) حيث نرى تحت المخاط الملتهب عظماً
وسمحاقاً ضخمين ضاغطين للعناصر العصبية المارة في قنوات قاعدة القحف
ويضاف الى فترة الجيب الوتدي البسيطة والجليمة الفائدة فعل ادخال
محلول الكوكائين لباطن الجيب . وقد ذكر لوت (Loth) في أطروحاته الفعل
العجيب لحاملة القطن المبلة بمحلول الكوكائين والمخلطة في جوف الجيب .
يشعر المريض كأن ثقلاً قد زحزح عنه تعقبه راحة واطمئنان ولكن
قد ينجم من هذه الطريقة في العلاج امر اخر لا محمد عقاباً فقد يلي زوال
الألم الوتدي ألم جهبي او محيط بالوقب .

اما هدوء الألم فوق فتلى الطيب اذن ان يكمل معالجته بتوسيع فوهة
الجيب توسيعاً كبيراً بطريقة الحفرتين الانفيين (الطريق القريني او الطريق
خلال الوتيرة لسيغورا هيرش (voie trans-septale de Segura-Hirsch) وان توسيع
فوهة الجيب بهويته قد شفى صداعات وتدية كثيرة .

ويعتقد سارنيون (Sargnon) ان قطع ذنب القرين المتوسط يكفي
وحده للشفاء ولكننا بهذه الطريقة نكون قد عرضنا للهواء الدهليز الغربالي
الوتدي وليس الجيب الوتدي . (وهذه الطريقة تنفذ في التهاب الخلايا الغربالية
الحلقية الوحيد او المشترك مع التناذر (syndrome) الوتدي الحنكي)

ويصعب على الجراح جداً ان يعلل سبب الشفاء الذي قد يحصل في

الجراحة الوردية . افليس النزف المسبب من خزع القرين او فتح الجيب عاملاً مهماً وكافياً لزوال احتقان الغشاء المخاطي وتخليص النهايات العصبية من الضغط الواقع عليها واخص منها الاقسام الجناحية للجيب حيث يسير عصب فيديوس والفكي العلوي جارين . ولو تركنا جانباً التحفيض (drainage) الذي ينجم من فتح الجيب وما له من الفوائد الجمة في شفاء جيب منفتح فان تهوية الجيب والتواحي المجاورة له تزيل احتقان مخاط الخلايا الغريالية الخلفية وفوهة الجيب الوردية

ويجب في جميع حالات الصداغ التي تظهر بها الجيوب جميعها سائلة ويبدو فيها تآذر وتدي حنكي (عطاس وانسداد الانف ، سيلان الانف) مضافاً الى الصداغ ان تعان الحفرتان الانفيتان معاينة دقيقة ولا سيما ناحية القرين المتوسط . فان كان القرين ملاصقاً للوتيرة يجب تفريقه عنها بحاملة القطن المبللة بمحلول الكوكاين او محلول بونان . فتدخل حاملة القطن بلطف مستندة الى جدار الوتيرة حتى تفصله عن القرين المتوسط ولا خوف من رض القرين ولو ادى الامر الى خلعه ونزعه . فبعد الألم الذي تسببه هذه العملية البسيطة يبدأ الصداغ بالزوال تدريجاً . فيكون اذ ذاك الصداغ ناجماً من ضغط القرين للوتيرة فيجب قطع القرين المتوسط برمته او الاكتفاء بترذبه فقط لتخليص المريض من اوجاعه الشديدة وقد اجمعت اراء كثيرين من العلماء على اجراء هذه العملية كسارنيون ودوفورمانتيل ومونييه وورمنس (Sargnon

Dufaurmentel , Mounier , Worms)

ويعتقد مونييه خاصة انه حينما يزداد الألم بلامسة حاملة القطن للقرين

الضخم يجب حينئذ فقط اجراء العملية الجراحية الانفة الذكر .
ولكن ماهي العلاقة بين بتر القرين المتوسط او مهمازنام على الوتيرة
وزوال الصداق ؟ ان اتلاف النهايات العصبية المهيجة بضغط القرين المتوسط
للوتيرة وحصول التزف بعد قطع القرين هما السببان الاساسيان لزوال الألم
لانا باناتلافنا للعناصر العصبية نكون قد ازلنا القسم المحسس وبحصول التزف
نزيل الاحتقان في الاغشية المخاطية . ولو تأملنا قليلاً في ناحية القرين المتوسط
نجدها انها تعد كسرة الجوف الانفي وان خلف القرين تنتهي الحزمة الوعائية
العصبية الوتدية الحنكية وفي قريبا توجد العقدة العصبية ففي هذه الناحية
يجل الاعصاب النخامية ويتر القرين المتوسط نكون قد ازلنا الناحية الحساسة
(برتين Bertein) .

ولكن الامر لا يكون دائماً هكذا فقد نجد ناحية القرين المتوسط خالية من
العاهات وواسعة يرى فيها الصباخ المتوسط حتى جدار الجيب الوتدي وعلى الرغم
من كل هذا فان تخدير ذنب القرين المتوسط وحقق الشعبة الوتدية الحنكية
بمواد مبدلة يشفيان الألم وقد دعا بعضهم هذه الطريقة الدوائية بالطريقة
العجيبة لانها لا تقتصر على تسكين الاوجاع الجيبية والقفوية فقط بل تؤثر
في تشعاتها البعيدة كالالام الاذنية والحشائية والعنقية والعضدية حتى الوركية
ايضا فتزيلها تماماً ولا يقف فعلها عند هذا الحد بل يتجاوزه فهي تزيل او تخفف
الاعراض التالية كالذوار وطنين الاذان والسمع والسعال البلعومي . فما هو هنا
الفعل الدوائي وكيف يتم ؟

ان اول عمل يجب ان يبدأ به للقيام بهذه المعالجة هو طلاء الناحية

الوتدية الحنكية بمحلول يونان وهو عمل بسيط وقد يكفي وحده في تسكين
الصداع . وهذه المعالجة قد عمَّ استعمالها في اميركا بفضل جهود ايفنغ وسلودر
غير انها لاقت في اوربا معارضين كثيرين من القائلين بالطرق الدوائية القديمة
ولكن يجب اعطاء هذه الطريقة البسيطة ما تستحقه من المقام لما لها من الفوائد
وما هي عليه من البساطة وعدم الضرر .

وتطبيقها يستدعي منظراً انفياً ذا شعب طويلة وقضيبياً حاملاً للقطن
طرفه معقوف زاوية منفرجة قبل نهايته ب ١ سم ٢ . فبعد ان يبلل القطن
بمحلول يونان يدخل تحت ذنب القرين المتوسط وفي هذا بعض الصعوبة متى
كان الجوف الانفي ضيقاً . ثم تطلّى الناحية خلف القرين ويجرب ادخال
حاملة القطن في فوهة الجيب الوتدي فيكون التخدير اكثر اتساعاً والنتائج اكبر .
وتكرر العملية حتى لا يعود المريض يشعر بادخال حاملة القطن في انفه ويقع
هنا غالباً بعد الطلاء الثالث . وهناك عدة محاليل تستعمل للغرض نفسه منها
محلول نترات الفضة بمعدل ١ / ٠ . ومحلول حامض الفينيك الغلصريني بمعدل
١ / ٠ . يضاف اليه قليل من البود واليودور بمعدل عشرة سنتغرامات في مائة
يشتمل مكعب

بعد الجلسة الاولى يحصل انفعال منعكس انفي وجهي شديد . وهذا
ثبت سرعة تأثير العصب الودي وشدة حسية الشخص المصاب .
ومتى كان الصداع قديم العهد والشروط التشريحية الانفية غير ملائمة
للطلي الياف العصبيين المثلث التوائم والودي الناشئين من العقدة الوتدية الحنكية
يجب ابدال هذه الطريقة بحقن مادة محولة كالنوفوكائين والكحول . ويجب

ان تحقن بهذه المواد منطقة العقدة حول الالياف العصبية التوأمية الودية في الناحية الاكثر عمقاً من الحفرة الجناحية الفكية اما الطرق التي يجب اخذها فهي الثقبة الخنكية (والحذر من استعمال الكحول في هذه الحالة خوفاً من حقن الوعاء به) والطريق العناري وطريق باطن الانف .

وتستدعي هذه الطريقة استعمال ابرة طولها ٨ - ١٠ سم تدخل جذر القرن المتوسط في قسمه العلوي الخلفي الوحشي وتجتازه فتدخل الجدار الليفي الكائن خلف قاعدة القرن الذي يسد الثقبة الودية الخنكية .

وتشبه هذه الطريقة بزل الجيب الفكي من الصماخ السفلي . ودي طريقة ليست سهلة الاجراء دائماً لان حقن احدى الخلايا انفر بالية او تحت مخاط القرن او قناة فيديوس بهذه المواد مستطاع غير ان هذا الخطأ لا يفضي الى ضرر

وقد استنبط رماديه اجتناباً لثقبة قاعدة القرن المتوسط العظمية ابرة معوجة زاوية قائمة على بعد ٧ ملمتر من ذروتها . تدخل البرة ملاصقة لجدار الوتيرة حتى خلف القرن المتوسط فتثقب الجدار الليفي المخاطي حذاء الثقبة الودية الخنكية وقد اجتنب هذا المؤلف بعملية هذه جرح نهاية الفكي الباطن

انت هذه الطريقة بنتائج باهرة بازالتها الالم ازالة تامة عدة اشهر في كثير من المشاهدات وهي اذا لم تشف الصداغ دائماً تخففه كثيراً متى كان ذا منشأ انفي اي صداغاً نوامياً ودياً صرفاً

ولكن كيف يتوصل طلائسرة الانف او حقن المخدر في الثقبة الودية الخنكية الى تسكين الألم ؟ أيفعل ذلك بتخدير العصب الفكي العلوي ؟ ان الجواب على هذا سبيلي لانه لو كان كذلك لشمّل التخدير الحفاف والحفرتين الانفيتين

والناحية النائية مع ان الامر ليس كذلك . فالتأثير يجب ان يكون بواسطة الالياف الودية . هذا ما يمكننا قبوله كيف لا ونحن نعلم كثرة ما في القسم الخلفي من الحفرتين الانفيتين من الالياف الودية ونعلم ايضاً فعل العصب الودي في الاحتقان والالام . فطلاء الناحية بمحلول بونان والحقن بمادة مبدلة يسبان انقباضاً وعائياً موضعياً سريعاً يعقبه حس لذيذ فيشعر المريض كأن الثقل المضاعط لجهته قد زال وان انفه قد انفتح . اوليس هو العمل ذاته الذي قد يتجه قطع الالياف الودية المحيطة بالسباتي الباطن . وقد اتت هذه العملية ببعض النتائج وشفيت صداعات لم تنلها الطرق الدوائية المختلفة . وقد توصل سيكار وهاغنو (Sicard et Haguenau) بقطعها الالياف الودية المحيطة بالشريان الصدغي الى تسكين الالم في داء منطقة عينية مستقرة في الجهة نفسها ومهما يكن الامر فان الطلاء بمادة مخدرة والحقن بمادة مبدلة يسكنان الصداع ويثبتان في الوقت نفسه منشأ الانفي او بالاحرى الانفي الودي . فاذا كان تسكين الالم مؤقتاً يجب ان يتلوه بتر ذنب القرين المتوسط وقد اتفقت كلمة العلماء على هذه الطريقة المفيدة ونذكر على سبيل المثل لمن يريد التوسع في الموضوع ما كتبه سارنيون وبرتان (Sargnon et Bertein) سنة ١٩٢٥ عن المداواة الانفية الداخلية للالام الوجهية بمخزق القرين المتوسط ويجوز في الحالات المستعصية الالتجاء الى العوامل الطبيعية واخص منها الاستحمرار (diathermie) والاشعة ما تحت الاحمر (infra-rouge) وقد ذكر بورجوا (Bourgeois) انه شفى الاماً عينية لا تطاق مرافقة لداء المنطقة بالاستحمرار في جلسة واحدة فقط . وتوصل كابوش (Caboche) الى شفاء

آلام جيبة بقيت بعد إجراء العملية بجلسات متعددة . ويمدح لو روبيرز (Leroux-Robert) استعمال الاستحارار في تسكين الآلام الجيبيه والشقيقة وبقية الصداغات الوعائية الحركية والسمية الاثنائية والعصابات الوجهية . فيستعمل لهذا الغرض المجاري الكهربية الشديدة الاهتزاز بواسطة اقطاب مفرغة تدعى (mc Intyre)

اما فعل هذا المجرى فيعزى الى تأثيره في الدوران الذي تسرع حركته ويقل ركوده ويرجع انه لا فعل له في العناصر العصبية نفسها
اما ذلك وما شابهه من الطرق الدوائية الخارجية فقد يأتي بفوائد جلية متى كانت الايدي التي تمارسه تحسن استعماله



السل

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور شوكت الشطي

لا بد من معرفة بعض الاراء العامة الاساسية المقبولة اليوم عن السل للبحث في نوعه الجراحي وعلى الرغم من كشف الحمة الراشحة الذي نفخ روحاً جديداً في القائلين بنظرية الوراثة التي طوي ذكرها منذ فيلن فان السل يبقى آفة معدية وتقع عدواه بعد الولادة . ولا يشذ عن هذه القاعدة الاحالات نادرة جداً فلا يولد الوليد مسلولاً ولكنه يعدى في الاسبوعين الاولين من حياته او في طفولته الاولى وتنجم العدوى من السكبي المشتركة مع اباء او جدود او مرضعة او خدم مسلولين وقد تقع العدوى متى خطا الطفل خطاه الاولى ولا سيما اثناء زحفه على اطرافه الاربعة اذ يلوّث يديه ويضعهما في فمه دائماً لذلك كان من الواجب عزل الولد عن المسلول من اهله ابيه او امه او احد اقاربه . ويجب منع البصاق على الارض وحرّق خرق الضاد ورفاداته المستعملة في الجروح السلية ولعل التلقيح بع . ك . غ . عصيات كلمت غرن (اجاريه)

ويتم الاتان باستنشاق العوامل المرضية او بلعها فتصاب الطرق التنفسية العليا ولا سيما الانف والبلعوم في الحالة الاولى حيث تبقى الجراثيم معلقة في الهواء المستنشق . وتكون بشرة المعى باب الدخول في الحالة الثانية ويعقب ذلك

التهاب العروق البلغمية فضخامة العقد ثم مرور العصيات الى الدم الوريدي فالى الدم الشرياني فتكون صمامات مولدة للمرض . وللعقد البلغمية اهمية عظيمة فاذا كانت الجراثيم ذات صولة شديدة وكانت كميتها كبيرة تنتشر في الدم فيقع اثنان عام دون ان يفسح للعضوية مجالاً للدفاع فيتم جيشذ السل الدخني الحاد . واذا اجتازت الجراثيم العقد البلغمية وتمكنت العضوية من اعداد بعض المقاومة تم اثنان دموي حقيقي تختلف شدته باختلاف صولة الاثنان ومقاومة الشخص وقد يخيل ان المرض هي تيفية (التيفو السلي) . وتهجم الهجمة الحمية في هذه الحالة بسرعة فائقة حتى ان اقرباء الولد يفسونها واذا دقق في استذكارات اهل الولد كشفت هذه الحمى في تاريخ المرض . وتبدو في الرضيع بعدها ببضعة اسابيع استقرارات سطحية عديدة

واذا كان الاثنان خفيفاً او كان المريض اشد مقاومة أوقفت العصيات في العقد فافرغت مملوها من حين الى آخر محدثة نوب هي يصعب في الممارسة تعيين سببها وقد تلتحرر بعض الجراثيم فتسبب استقرارات مرضية اخرى عن بعد . ويتم انتقال الجراثيم في كل حال بالطريق الدموي وتسبق الآفا المرضية دائماً آفة عامة غير ان زرع الدم قد لا يكشف المرض لان نجاح المستنبات ليس اكدآ .

ويقول السريريون بان الشخص متى اصيب باستقرارات عديدة ومتفاوتة الالهية وظهرت متتابعة لم تكن اصاباته هذه مختلفة الزمن بل واقعة في وقت واحد . غير ان الصمامات لا تظهر في آن واحد بل في ازمة مختلفة فتبدو اولاً صموغ الجلد ثم آفات العقد وبعدها يبضعة اشهر اليي الصغيرة واما اليي

الكبيرة فتظهر بعد سنة او اكثر من ذلك مما يجعل الطيب يفكر في اثانات متتابعة . غير ان اليبس الكبيرة لا تظهر سريراً الا بعد مدة طويلة (التهاب المفصل الحرقفي السلي، داء بوط) وتعاقب الآفات حسب درجة عمق كل منها وقد لا تظهر العميقة منها الا بعد ان تكون الآفات السطحية قد شفيت منذ امد طويل . فالاختلاف واقع اذن في زمن ظهور الآفات لا في زمن بذرها فيجب الحذر متى شوهدت آفات سطحية قد تم شفاؤها من ظهور داء بوط او التهاب المفصل الحرقفي او آفات اخرى معاصرة غير ان ظهورها يستدعي عهداً طويلاً . ولا يحدث الرض آفة سلية ولا يقر اثناً متجولاً بل بعيد وخياً سلاً كان كامناً قبل وقوعه وقد ظن ما كس شولر انه تمكن من اثبات تأثير الرض بالحقن بقشاعات المسولين مع ان هذه الاختبارات لا قيمة لها لان شولر لم يمتحن بمستنبات العصيات الصفرة ولان في تلك القشاعات جراثيم اخرى عديدة فأفات المفاصل التي ظهرت في تجارب ما كس شولر لم تكن الا التهابات مفاصل عفنة وقد اعيدت تجارب ما كس شولر في فرنسة وجرب الحقن بمستنبات صريحة فلم تنجح .

والسن اهمية عظيمة في سير المرض . فبما ان الدفاع ضعيف في الولدان فان الآفات تعدد فيهم : صموغ ، ضخامة عقد ، شوك منفوخ ، التهاب العظام الصغيرة والقصيرة ، لان السل يحب النسيج الاسفنجي ولا سيما النسيج الاسفنجي الحديث . وكثيراً ما تصاب العقبان والعظمان الزنديان والوجنيان معاً (لان هذه العظام تتعظم في زمن واحد) وقد يشاهد السل في اجسام عظام الرضع الطويلة فتضخم فتلبس بالزهري اما سل المشاش وسل المفاصل فتادر

فيهم الا مفصل المرفق الخالي من غضروف التحام زندي يقيه . وكلما تقدمت سن المريض نقصت آفات الاجسام الا في الامشاط وعظام الرسغ حيث يكثر وقوعها مدة طويلة .

ويزول الاتجاه الى تضخم العظم بعد الطفولة الثانية لان السل يفرض العظام ويحدث اكسوماً يقول المثل الطبي: السل يهدم والزهر يبنى . ويتنخب المرض بالخاصة النسيج الاسفنجي في الفقرات والعظام القصيرة والعظام الطويلة والمشاش ولما كان الدوران شديداً في العظام الطويلة حذاء غضروف الالتحام اتجهت العصبية الى ناحية البصلة بسهولة فنجم منها التهاب العظم والنتي . وتنتشر آفات المشاش والعظام القصيرة المجاورة للمفاصل الى الاكياس الاحية المفصالية فيتلو حيثئذ التهاب المفصل التهاب العظم .

وتسوق التهابات المفاصل المرضي الى الطيب اكثر من التهابات العظم المنفردة فيظن الممارسون حيثئذ انها اكثر وقوعاً من تلك مع ان التهابات العظم لو شخضت منذ بدئها قبل ظهور آفات المفاصل لكان ثبت انها اكثر عدداً ويختلف سير الافات التشريحي بحسب السن فان الآفات في الاولاد مخربة جداً ولكنها شديدة الاتجاه الى الترمم وسهلة الشفاء فيجب ان تعالج اذن بالصبر والتوادة والا يسرع الى البتر او العمليات الجراحية الكبيرة . يقول مانار ان الآفات العظمية المفصالية المتعلقة في الطرف العلوي قد تستمر ثمانية عشر شهراً الى ثلاث سنوات وتستمر آفات النوسرة ٤-٥ سنوات وفي الطرف السفلي لا تقل المدة عن ٢-٥ سنوات (سنتين للتخريب وستين للترميم) في التهاب المفصل الحرقفي اوداً بوط وثلاث او اربع سنوات في آفات الركبة والقدم

واكثر من ذلك في الآفات المنوسرة : ويجب ان يستمر دور النقع اي دور المراقبة الطبية مدة لا تقل عن مدة سير المرض . واختصار هذا الوقت يعرض المريض للنكس او لاشتداد المرض ويصعب اقناع الجمهور بهذه الاراء ومما يؤسف له ان اكثر المتضررين يجهلون بها ولا آفات الكهل صفات معكوسة فهي قليلة التخريب وقليلة الاتجاه الى الترمم في الوقت نفسه فمعالجتهم تختلف عما هي في الاطفال وبلجأ في اغلب الاحيان الى النشر في آفاتهم والتخريب في الشيوخ اكثر مما هو في الكهول ولا تنجها فاتهم الى الترمم مطلقاً والبتر هو معالجتهم الوحيدة

وتر الآفات السليمة في البنى الحسنة الدفاع بادوار السير نفسها وهي الاحتقان والتخريب والترمم والشفاء ويناسب كل من هذه الادوار علامات سريرية وشعاعية ترشد الى تعيين نوع المعالجة

والقاعدة هي ان التثبيت يلائم دوري الاحتقان والتخريب اما دور الترمم فهو الزمن المناسب للتوسطات ودور الشفاء فهو دور التجبير

ويبدو التهاب العظم في البدء بعلامات النهاية خفيفة جداً لا يشعر بها في غالب الاحيان ويكون الألم الفوري خفيفاً غير انه موضع ويدو بالضغط انتباج وتعجن وازدياد في حرارة الاقسام الرخوة ولا سيما متى كان العظم سطحياً . ويكون الضمور العضلي قليل الوضوح .

اما في الاولاد الصغار فيكون التفاعل العقدي عن بعد شديداً ويصحبه تقيح في الحالات المنوسرة والتفاعل خفيف كلما تقدمت السن .

وسرعان ما يتفاعل المفصل في التهابات العظام المجاورة له . وقد يظن

الطبيب في البدء ان الآفة مفصلية لما يراه في المفصل من الاتباج والانسكاب
وتحدد الحركات . غير ان اراحة الرجا في جهاز بضعة ايام تنقص الاتباج
وتزيل التقغم العضلي اذا كان المفصل سليماً .

وتنمو الاكموء بعد هذا الدور خارج العظم وتتكون الحراجات ويكون
المفصل حينئذٍ موءوفاً في الاشكال المشاشية والبصلية

والتنوسر واقع لا محالة ويبدو مبكراً في التهابات العظام السطحية ،
ويكشف الاستقصاء الشعاعي حينئذ افات مخربة متفاوتة الاتساع كأنها بقع
نيرة غير واضحة الحدود . وتبدو الشظايا متى تكونت كبقع اشد اقتماماً غير
منتظمة محاطة بهالة اشد شفوفاً . واذا ظهرت المنطقة الثيرة منقطة في بعض
الامكنة دل ذلك على ان الشظية لا تزال ملتصقة واذا كانت كاملة استدل
على ان الشظية طليقة في الكهف العظمي ويكون العظم كله مصاباً بزوال
الكلس والضمور وتبدو في العظام المجاورة تغيرات اخف شدة .

واما في المفاصل فان الانقراض المفصلي يدل على ابتداء دور التخریب
ثم تقل المسافة الثيرة او تزول وتبديل سطوح المفاصل (تقرحات لنلونغ الضاغطة)
ويلاحظ في الطفل ان تعظم النوى الواقعة في باطن المفاصل سابقاً لآواته
بتجشش المشاشة .

ومتى كانت الآفة موجهة الى الشفاء بدا محيط الافات والسطوح المفصلية
اشد اقتماماً لتكون منطقة تعظم دفاعية ويكون محيط العظم اكثر وضوحاً
واشد سواداً (حاشية منار الحدادية) ويتم ترمم العظم بيطوء (لانس)
وافضل معالجة للشكل الموضع الذي يسهل الوصول اليه كصمغ او خراج

هو الاستئصال كما في الورم اذا كان نزع الافة كلها ممكناً ومن ثم يخطأ الجرح على ان القاعدة في آفات العظام هي عدم التوسط في دور التخريب ما لم يد ما يحملنا على ذلك . اما الحراجات فتبزل .

والتهابات العظام حول المفصل تستدعي التوسط في الوقت المناسب قبل ان يستولي المرض على المفصل . ولا يكون ذلك بالتجريف لانه طريقة عمياء تزيد المرض اخطاراً وتسبب النكس بل بالتفريغ الواسع والتوسط الجراحي في دور الترميم يسرع شفاء الافة . وبحكم بالوقت المناسب للتوسط استناداً الى سير الاعراض : الألم والحرارة والانتباج والتفقع والى آفات العقد ومتى زالت جميع هذه الاعراض او هجمت عقب هذا الدور الحاد دور بارد تجوز فيه التوسطات . والتدقيق في الرسوم الشعاعية المصورة في ادوار مختلفة يدل على زمن ظهور التكلس والحواثي الحداثية الناجمة من التهاب العظم المكثف حول الشظية الطليقة .

ويجب ان اضيف الى هذه المقدمة بعض التعليمات اللازمة للمعالجة ويختلف ذلك حسب الارجاء وقد تكلمت عن الخطوة الواجب اتباعها متى كانت الافات حول المفاصل . ولا يجوز التوسط الا متى كانت الشظية محددة في جوف صلب فعلي الان ان اتكلم عن بعض الحالات الخاصة : اما أفضل طريقة في الضلع فهي استئصال افاته استئصالاً كاملاً واما في الشوك المنفوخ (spina ventosa) فتستأصل الشظية دون ان يدل الغمد السمحاقى

ويجب في مشط القدم او اليد الاول تسميم الابهام ومشطه متى كانت المشاشة النازرة اليه موءوفة وهكذا تجتنب اصابة المعصم وبتر ليسفرنك .

في الطرف العلوي : لا يحتاج التهاب المفصل الكتفي الى اكثر من التثبيت اما الافات في الكهل فهي غالباً جديده واذا استثنينا بعض الحالات الجافة وهي نادرة اقتضى النشر في جميع الاشكال المرافقة بمخرجات لانه وحده يفيد الفائدة المطلوبة وليجتنب في افة المرفق التوسط الجراحي في الاطفال لانها تشفى بالتسسط . اما اذا بدت تقيحات غزيرة فيجوز النشر على ان يحتفظ بما فوق اللقمة وما فوق البكرة اما في الكهول فالنشر المبكر يفيد فائدة حسنة فهو يقصر زمن المعالجة ويهب العضو وضعة تشريحية اجمل واما في الشيوخ فالمحافظة واجبة اكثر مما في القدم لان النشر قد تكون منه نتائج حسنة

ولا يجوز التوسط في الطفل في آفات معصم اليد وافضل معالجة التثبيت فالحالات التي لا تصاب بها الا بعض مفاصل المعصم تشفى ويبقى للمعصم معظم حركته . اما اذا كان المعصم جميعه مصاباً ومنوسراً فالنشر افضل واسرع وتيجته الوظيفية احسن

وسير الورم الابيض في الكهل كما في الكتف والمرفق اشد خطراً مما هو عليه في الطفل لان الافات الموضعة نادرة . فمعي زالت الهجمة الحادة وهجعت الاعراض وجب النشر مع المحافظة على الابريات تحاشياً من تدلي المعصم واما في الطرف السفلي - فالتهاب المفصل الحرقفي يستدعي المعالجة ثاتها في الطفل والكهل نعني بها التثبيت . ويجوز التوسط اضطراراً في بعض الحالات المنوسرة مع حمى وسوء الحالة العامة . ولا تكون الغاية منه الا التحفيض .

ويزيل نشر الورك اتقاض الرأس المانعة للتحفيض . واذا لم يكف هذا التوسط ولم تحسن الحالة العامة وازداد الآحين وضخمت الكبد والطحال مما يدل

على حوامل نظير النشا اضطرت الحالة الى تشييم المفصل . ولا يجوز مس ورم الركبة الابيض في الطفل . لان معالجته تقوم بالتثيت فقط . واذا لوحظ انه لا خير يرجى من الطرف وان الحياة مهددة بالخطر استؤصلت المحفظة اللاحية او بتر الطرف . ولا يجوز النشر لان غضاريف الغمد والظنبوب الحصبة مجاورة

وخير معالجة في الكهل هي النشر ولا يجوز التوسط باكرآ (النصف الاول من السنة الثانية) . والبر خير ما يصنع في الشيوخ .
واما في القدم فيجب استئصال الشظايا والاكتفاء بنزع القسم العظمي المتخر

وخير ما يجرى في التهاب المفصل الظنبوي الرسغي في الطفل والكل هو استئصال عظم الكعب وفي التهاب المفاصل الرسغي النصفى هو النشر النصفى الرسغي بعد تشييم مفصل القدم الموقت (دلبه ، هاليو)
والتوسط في القدم لازم في الكهل اكثر مما في الطفل . وحذار من السل الصاعد الذي يفضي الى البتر لا محالة بعد العقد الخامس .

وبالعلاج داء بوط في الاطفال بالتثيت حتى لو بدت تحريكات عظيمة لان الالتحام يقع بين ما يبقى من اجسام الفقار واما في الكهل فلا يقع الالتحام العظمي ويقظة الافات ممكنة في كل حين .

وخير ما يجرى هو الاستبدال بمطعوم بين النواتئ الشوكية ولا بد لي قبل انتهاء هذا البحث من ان اذكر ابحاث روبرتسون لافال الذي يدعي بان التهابات العظام والمفاصل السلية جميعها تشفى بوضع مطعوم يقوم مقام

احفوظ في الجبء الاخذة بالسير فينجم من ذلك زوال الاحتقان وخفة الألم
غير ان النتائج التي جناها الجراحون الفرنسيون لم تكن مماثلة لما جناه في
بونسايرس واطن ان الجراحين الذين جربوا هذه الطريقة تركوها
سريعا .

ويجب ألا ننسى المعالجة العامة اياً كان نوع المعالجة الموضعية لان المريض
يقتى مسلولاً على الرغم من نزع البؤرة السلية الجراحي وليثابر على المداواة العامة
مدة طويلة ليكون الشفاء اكيداً .

ارشادات ونصائح صحية لتقوية الصدر

واجتباب مرض السل

للدكتور كامل سليمان الحوري (بروكلين - نيويورك)

لقد كثر انتشار الصُّدَار أو التدرن الرئوي (أو السل حسب القول الأعم والأشهر) في هذه الحقبة الأخيرة، مما أقلق معظم الحكومات الراقية، فهب أولياء الأمور لمكافحة هذا الداء العظام الذي اسمه بحق «الطاعون الأبيض» إذ أنه يفتك بقسم عظيم من البشر، ولذا رأينا أن ننبه الافكار بشتر بعض ارشادات نأمل ان تكون ذات جدى لابناء جفدتنا واخواننا في البشرية والجملة فنقول:

اولاً: حافظ على اتباع قواعد الصحة التي صارت معروفة اليوم والتي تدرس في معظم المدارس الراقية، وهكذا تحمي جسمك من دخول مرض السل لصدرك، وتوفر على نفسك آلاماً واتعباً وعلى ذويك هموماً واشجاناً، وعلى كل من خالتك وجالسك اخطاراً وادواً. ولا يرحن عن نيّرتك ان الإهمال او عدم الاكتراث بالنهاي الصحية، يضعف العوامل، والدوافع البدنية، ويشلها عن المقاومة والدفاع، واذ ذاك يتغلب العدو الذي هاجم جسمك، والرايض لاغتيالك في الهواء والماء والطعام، وكلما تمسه يدك ويلامس ثيابك. اذ انك لست نبياً لتعلم كل شيء، وتبدرك ان

على الطريق الذي تسير عليه في هذه اللحظة ربما توجد ملايين وملايين من العصيات الدرية قد نفثها منذ امد قريب مصدر اثناء مروره . وهاته الجراثيم يسفها الهواء اذ يثور ويحملها مع النسيم الذي تستطيب استنشاقه وتعتده نسياً منعشاً بليلاً .

فان انت سرت على القواعد الصحية من جهة الراحة والعمل والغذاء واللباس والرفاد كانت الدوافع الحارسة في دمك محرزة القوة الكافية التي بها ترد وتدحر هجمات الجراثيم المرضية ، وهكذا تنقش عليها انقباض الطير الكاسر على العصفور الصغير الضعيف ، وتسج حولها حجاباً صفيحاً يشلها ويردها خائبة في مسماها ، وهكذا تنفذ البدن من خطر عظيم وشر أليم . ولكن اذا كانت القواعد والضوابط الصحية مهتلة ، وابواب المحافظة غير موصدة وكانت البنية ضعيفة ، والصحة منحرفة اصبحت الدوافع ايضاً بطيئة . بل عملها ، وعجزت عن حراسة الصحة ، ودفع العدو المهاجم ، وهكذا فازت الاعداء (اي جراثيم السل) الداخلة بطريق التنفس لصدرك ، واستقرت هناك مؤسسة مستعمرة اي قاعدة حرية تتوالد فيها وتتكاثر متضاعفة بالدقائق والساعات ، ولا تعتم عما قيل ان تنفث نموها المردية يحملها دمك الضعيف المنهول صاغراً ذليلاً الى كل رقعة وزاوية من جسدك الكليل الماد عنقه تحت اقدام الجراثيم الويلة مثلاً تمد وتضع اعناقها الشعوب الضعيفة المغلوبة على امرها تحب اقدام الغاصب الفاتح ! . .

فاذا لا تغتر يا صاح بما فيك من قوة الصدر ، وضخامة الجسم واعلم ان الشرارة الصغيرة قد تحرق السفينة الضخمة الشاقة عباب اليم الشاسع ، اذ تغيب

مياهه الطالمة عن ايقاف اللبيب الاكل ، ولا تنس القول المأثور : ان البعوضة تدمي مقلة الاسد ١٠٠٠

ثانياً : اجتنب السهر الطويل الذي يقودك الى مجازاة رفاقك في ما يلهون به ذواتهم لقتل اوقاتهم ، مما يكون عاملاً قوياً في اضعاف جسمك عن دفع الجراثيم كما مر بك اعلاه .

ومعلوم انك بسهرك طويلاً لا غنى لك عن المكث في غرف مقفلة مشحون هواؤها بالجراثيم الويلة ، ومشبع حامضاً كربونياً قد قذفه تكراراً صدور رفاقك ، مع ما يحمل من دخان التبغ كما يشاهد ذلك في المحال العمومية ، والمقامر ، والمقاهي وخصوصاً في ايام الشتاء حيثما يساعد اشعال الفحم على افساد الهواء .

وهكذا لن خروج الشخص المضنك بالسهر الطويل من مثل هاتيك المجتمعات المذكورة ، واستقباله الهواء الخارجي البارد وغير الخالي من جراثيم السل ، تعجز صحته عن دفعها وطردها ، فتقوى تلك على الصحة الضعيفة وتغلب عليها ، وتبليها بداء عياء ، عسر الشفاء ، كان السهر الطويل في الغرف المقفلة من اكبر مهددي ومتسبي وقوعه .

ثالثاً : لا تنسَ عن تبديل هواء الغرف التي تقيم وتنام فيها طويلاً لان قفل نوافذ غرف المنازل يمنع تبدل هوائها وهذا يؤدى الى افساد الهواء السل لازم للتنفس . ومعلوم ان كلما يؤدى الى تعطيل الهواء وتقليل الاوكسجين فيه يضعف الرئتين ويعدّها لقبول جراثيم السل . فمن الضروري والحالة هذه فتح النوافذ المتقابلة حتي يجري الهواء طليقاً ، وتبدل في كل عطفة وزاوية قصد

دفع داء السل العيا، او خلاف أدواء صدرية .

رابعا : تتمتع يا قارئ العزيز ما امكنك من استنشاق الهواء النقي الطلق في الفلاة ، لان الطب قد ابان بالامتحانات والاختبارات المعززة بالبراهين . فائدة التسميم النقي المطلق للمصدورين والمصابين بغير عال صدرية ، حتى اصبح علاجهم الأهم والاوحد السكن في الفلوات المكشوفة معرضين هكنا لاشعة الشمس المنبعثة من خلال الاشجار ، فيتمتعون باستنشاق الهواء النقي الحاروي المتناثر القابض من مولد المحوطة (اكسجين) والفواح (الاوزون) ، والحالي من شوائب العلل والغازات المضرة السامة . وعود ذاك يا قارئ العزيز (او يا قارئتي المحترمة) ان تستنشق تنفسا طويلا عميقا عدة مرار كل ساعة من الزمان . لان الشهيق العميق يدخل الهواء النقي الى أعماق خلايا الرئتين ، وهكنا فمعد الزفير يخرج كل هوا مشحون حامضا كربونيا من اعماق خلايا الرئة .

خامسا : حذار من عادة ادمان المكيفات كالاشرية الكحولية على انواعها والتدخين وكما من شأنه انهالك القوى واضفاف البنية ، لانها بالوقت ذاته تضعف الدوافع الصحية التي اقامتها العناية او الطبيعة لحراسة البدن ، وبهنا تثل قوى الجسم الدفاعية وتضعف السج البدنية ، وتخذر الاعصاب الحاسة والمحركة . وبديهي ان كل ذلك يؤدى الى الانحطاط الصحي ، وبالتالي يعد الى قبول الامراض على انواعها ولا سيما السل المنتشرة جراثيمه في هوا المدن والشوارع والازقة والحال العمومية ، والمزدحمات حسبها مراتبك اعلاه ، حيث يكثر المصابون ولا يتهيبون من ان يصفقوا أينما ارادوا بدون ما ينخسهم ضمير ام يردعهم رادع .

وهكذا يحف بصاقهم ويتطاير وينتشر بهبوب الرياح فتعرض له الصدور الضعيفة ، والابدان المنحرفة ، والبنى ذات الاستعداد لقبول شتى الملل ومختلف الادواء . ولقد تبرهن لدى رجال الطبابة ان للمسكرات على انواعها أشد تأثير واعظم ضرر بالصحة وأقوى عامل على الضعف والا انحطاط في القوى وإعداد البدن لقبول الامراض ولا سيما السل^(١)

سادسا: حرض الناس أيها المستنير بمشكاة العلم ، وعلمهم بما امكنك من وسائل نفوذك ان يحدوا من نفث بصاقهم على ارض الغرف او في المحال العمومية حيثما يكثر الازدحام ، لئلا يكون بينهم من هو مصدور ويجعل مرضه ، أو من لا يجرا طيبه ان ينثنه بانه مصاب بالسل ، وقد ارتكب الخطأ المغيب بالألم يحدوه من نشر نفثه وبصاقه هنا وهناك . واكرز وعلم كل الناس ان البصق يجب ان يكون في المنديل او في مباصق خصوصية يمكن تعقيمها ومنسم انتشار العدوى بها من المرضى الى سواهم ، لان الله قال لا تقتل ، وهذا هو القتل بنفسه اذا كان الشخص المصدور يسبب موت شخص اخر ببصقه في قارعة الطريق وبهذه المناسبة لا بد لنا من التنبيه الى ان ما يستعمله البعض (وخصوصا بعض الاغنياء المدعيي الفهم) من المباصق المكشوفة في بيوتهم والمعرضة للاذبة لحي في غاية الخطر واشد الضرر ، لان الاذبة هي من شر ناقلات العدوى ، وخصوصا ايان الحر ، اذ تحط على نفثة الصدر وتنقل الجراثيم الى مواد الطعام . ترتب اذاً ما تقدم وجوب كون المباصق مغطاة يتعذر على الهوام الوصول اليها

(١) المرجو تصفح رسالتنا الموسومة «الفرزان الأكبران في المسكر والدخان» طلبها من الدكتور سليم الخوري في حمص ، فسر بتلاوتها وتنفيد كثيرها .

لأنها اذا وصلت اليها وتلوثت بجوعها ، ثم طارت الى الغرف والاثاث والطعام والشراب ، تقلت البصاق الذي قد يكون مشحوناً بالجراثيم المرضية الى حيث تحط وتنتقل ، ومتى جف تطاير مع الهباء في الدور والبيوت والشوارع ، واختلط بالهواء اللازم للتنفس بالدخول للرائثات ، وخشي منه العدوى ، ولا يقل ضرر هذه المباسق عن ضرر الاقذار والاوخام التي تتجمع في الشوارع وبين المنازل وتخرج من بيوت الحلاء وتلبث مكشوفة ومعرضة للذباب والهوم والقواض والحبوانات التي تنقلها من محل الى آخر ، ولحبوب الرياح التي تسفيها وتشرهف الى بعد أميال بعد جفافها وانقلابها الى حالة تكاد تشبه الحالة الغازية .

سابعاً : عليك ان تعالج الرياضة الكافية كل يوم ان امكن إما سيراً على الاقدام مسافات طويلة بقدر احتمال جسمك ، او بالشغل في بستانك ، او باستعمال الحركات العضلية المسماة « جنستيك » ، وذلك في الهواء النقي الطلق محاولاً إنعاب جسمك الى درجة محتملة مع تعميق تنفسك كما مر في صدر هذا المقال ، لان الحركات العضلية تقوي دورة الدم ، والتنفس العميق الطويل يوسع الرئتين ، ويطرد ما فيهما من الهواء القديم المحصور والفاسد والمشبع حامضاً كربونياً ، ويجر اليهما هواءً نقياً حاملاً مولد الحموضة (اوكسجين) الذي هو سبب حياتنا . وقصاراي فبالرياضة تزداد البنية قوة ، والاجهزة نشاطاً والصدر توسعاً ، والدورة الدموية حركة وتبدلاً ، والكريات البيضاء الدوافع قوة دفاعية . وهكذا يفتد الجسم المروض قادراً على هضم الطعام جيداً واتمام الاشغال حسناً ، وعدم الضرر من جراثيم الادواء التي تنتشر حوله ولا سيما في المدن والقرى التي تحمل فيها وسائط الوقاية والنظافة والمحافظة على الصحة العمومية .

وجملة القول ان الرياضة للجسم هي كالتشغيل للآلات المعدنية التي تصدأ اذا أهملت ولم تستعمل ، هكذا الجسم البشري اذا لم يروض تصدأ اعضاءه ، ويتراكم فيها الحامض البولي الذي يعوقها فيما بعد عن الحركة ، كما يفعل الصدأ في كل آلة تحفظ بدون ما تنظيف وتشغيل وبدون تزييت . ولسنا ابدأ لنغبط السيدات اللاتي يفخرن وتباهين بانهن لا ينهضن من مجالسهن ولا يتنازلن لمعالجة عمل ما بل يكن ذلك الى الخدم ، وكأننا بهن يحافظن على صحة الخادمة ويملن اجسامهن المرفهة البضة ويمرمنها أهم وألزم شيء لها ألا وهو الرياضة البدنية ، وما اشبههن في عملهن هذا بذلك المر الذي يلحس الدم من على المبرد حال كونه يلحس دم قلبه وهو لا يدري . وقد تحبأت لنا هاته الحقائق اثناء زيارتنا الاخيرة للقطرين المصري والسوري حيثما شاهدنا السيدات جالسات على فرش وثيرة معظم النهار كأنهن يحضن- يضاً ويحشِن اذا تركنه ان يتعطل ، ففسى ان تكرر ثبيتها لمن كتابة الان يجعلهن يحملن كلامنا حمل الصدق والاخلاص واننا لا نقصد الا الخير والخدمة العامة فيما نقوله ونخطه ، وقدماً قد قيل ان الحقيقة يجب ان تقال لا ان تعلم فقط ، وهذا شعارنا وهذه

نحول ، بل نلبث ننادي ونبشر بانجيل الصحة والارشاد .

ثامناً : يجب اجتناب استنشاق الغبار ، وتنفس العفار ، والمكث طويلاً في المنزل الذي يكثر فيه الهباء المثار . فن تأمل بعظم مقدار الدقائق التي لا تشاهد غالباً في الظل ، وهي بالحقيقة موجودة ترى بالعين المجردة في حبال الشمس التي تدخل اشعتها من كوة ضيقة ، او من شق في باب الغرفة كغرفة المائدة مثلاً وجد فيها ما لا يحصى من الغبار المائي القضاء ، وهذه

الدقائق مما تحوي من الجراثيم تملأ الهواء الذي يتنفسه الانسان والماء الذي يشربه ، والطعام الذي يأكله ، ولا يسلم منه فمه وأنفه ولا عيناه ولا يده ، ولا فوطاة السفرة التي يضعها على وسطه ، ولا المعلقة والفريكة والسكين التي يستعملها ، ولا الملعقة والمبهرة والسكرية ولا الكعك والحبز والجبن واللبن والخيار ولا انواع الفاكهة التي تكوّن على المائدة الخ

فاذا اتفق وكان المنزل خاليا من الجراثيم المرضية لا يضر سكانه ذلك الغبار ، ولكن المنازل الوجود فيها بعض المصابين بامراض معدية ، او الواقعة بجوار المرضى ، او التي قذفت اليها الرياح غباراً مفعماً بالجراثيم المرضية ، فان ما فيها من الغبار والهباء لعظيم الضرر ، ومعدّ للسّل . فحذار حذار من ذلك اذا
تاسعاً : لا يسوغ كنس الغرف ونفض الطنافس ، وإثارة عجاج الغبار في البيوت ، وغرف النوم ، لان الغبار عظيم الضرر كما تقدم بك الشرح ، ولا سيما في الاماكن التي يجهلون فيها طرق الوقاية من الامراض .

وهذا ما يذكرني بعادة سمجة ظالماً كنت اشجبها وهي الاسراع الى كنس غرفة المريض حالما يرى آله الطيب آتياً لعيادته وإثارة عجاجة من الغبار من ارض يفرشها التراب فقط ، سيما في القرى والمزارع .

وهذا ما كان يضطرنني احساناً الى المكث تحت السماء اكثر من نصف ساعة ربّما يسكن الغبار ، ويهدأ الغبار ، فما قولك بحالة ذبّاك العليل المصدر الذي تزداد كنية الجراثيم الويلة في صدره بضعة ملايين اخرى من جراء هذه النظافة غير المعقولة ؟

عاشراً : وهنايت القصيد من مقالنا هذا واليه نوجه خصيصاً انتباهك ،

فلا تهمل يا صاح اقل زكام او رشح بسيط يهروك ، بل بادر حالا الى الطبيب
الحاذق الثمرن في صناعته ، واذا حذررك من شيء فاصغ له سمعا ، وانفذ اوامره
بالحرف الواحد .

واذا بلغك خبر مصاب بالسل فتجنب عيادته ، بل ارسل اليه نصيحتك
ان يخرج من المدينة الى الفلاء او الى المصححات حيثما تتوفر له وسائل المعالجة
والاعتناء على الطرق الفنية المثلى التي لا تنسى له اذا لبث قابعا في عقر داره ،
مستسلما للقدر



صناعة حمض الليمون

« ٢ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

شوائبه وغشه . — كثيراً ما ينشـ حمض الليمون بمحمض الطرطر ويكشف هذا الفش باستعمال محلول مهبأ بأذابة أربعة غرامات من البوتاس في ٣٠ سم^٣ من الكحول و ٦٠ سم^٣ من الماء المقطر .

يوضع شيء من هذا المحلول في قدح ويذر عليه قبضة من بلورات حمض الليمون الصغيرة فإذا كان غير مغطوش ذابت البلورات جميعها في خلال ساعتين أو ثلاث ساعات والا لم يذب من البلورات الا شيء يسير جداً (لان بلورات حمض الطرطر قليلة الذوبان في هذا المحلول) .

هذا وان بلورات حمض الليمون في هذا المحلول البوتاسي تلبث شفافة حتى تمام الذوبان بخلاف بلورات حمض الطرطر التي تبيض ويرى حولها بلورات قشطة الطرطر الدقيقة .

حمض الليمون التجاري يحتوي في اكثر الاحايين على حمض الكبريت وملاح الرصاص والنحاس

فاما حمض الكبريت فيكشف بمحلول كلور الباريوم . واما ملاح الرصاص فبكبريت الهدرجين (SH^2) او ايود البوتاسيوم او كرومات البوتاسيوم واما ملاح النحاس فيمحلول كيانوس البوتاسيوم الاصفر (فروميانور) أو بملاح النشادر .

المواد الاصلية اللازمة لاستحصال حمض الليمون

يستخلص حمض الليمون من عصارة الليمون . والمواد الاصلية الصناعية تعرض الى المعمل على احد شكلين : عصارة كثيفة أو لبونة الكلس المهيئة في البلاد التي ينتج فيها الليمون نحو رجيو كلابار (Reggio Calabare) وجزيرة صقلية خصوصا مسينا وباليرم (Messine,Palerme) وقطان (Catane) وسيراكوس (Syracuse)

اما الاراضي المغروس فيها الكباد والليمون (خلا البرتقال ونوع اخر . من الكباد يسمى Cédrat) في تلك البلاد المذكورة فتبلغ مساحتها عشرين الف هكتار اي اربعين الف دونم وتحتوي على ٨ ملايين شجرة تنتج ٣ مليارات ثمرة يستهلك منها مليار واحد في المأكولات ويحول الباقي الى مواد اصلية تباع من معامل حمض الليمون فيستخلص منها ما يقرب من مائة مليون لتر من العصارة أو ما يعادل ٥ ملايين كيلو غرام من حمض الليمون .

تهيئة المواد الاصلية . - (١) عصارة الليمون : تقسم الليمونة نصفين ثم يفصل بمعدة خاصة منحنية ، القشر العطري عن الطبقة اللحمية التي تحتوي على العصارة . فالقشر يفرك أولا بالكف فيتصع من مسامه سائل زيتي يؤخذ بالاسفنج ثم يعصر هذا الاسفنج ويستخلص منه العطر الذي امتصه .

واللب يقطع إربا وتوضع في اكياس من القصب او من نسج النارجيل (جوز الهند) وتصر بالمعصرة وتجمع العصارة في اناء .

واذا كانت العصارة المستحصلة ، عكرة لاحتوائها على المواد اللعالية معلقة ، تترك لنفسها لتختمر اختصاراً قصير الأمد فيرسب جزء من المواد الشبيهة بالآح

بيان القسم الرائق عن الراسب وترشح البقية الباقية . وهكذا تحصل عصارة طبيعية تحتوي ، على الوسط ، خمسين غراما بالليتر من حمض الليمون قد تباع من المعامل كما هي أو تكثف وهو الشائع ، أو تشبع بماء الكلس لتحويل حمض الليمون الى ليمونة الكلس .

فاما التكثيف فيجرى في قدر كبيرة من النحاس نسخن على النار المجردة وفي الهواء الطلق حتى يبلغ قوام القطارة ١٦٢٥ او ٢٨ بومه أو ٦٠ درجة من مقياس حمض الليمون فترشح وهي حارة من قماش رقيق .

ولقد تبين من التجارب ان ثمانية حجوم من العصارة الطبيعية تنتج حجماً واحداً من العصارة الكثيفة (بقوام التراب) التي تحتوي ٤٠٠ - ٤٢٠ غراماً بالليتر من حمض الليمون المبلور فيه ذرة واحدة من الماء البلوري
($C_6H^8O_7, H^2O = 210$)

١٢٠ كيلو غراماً من الليمون أي ١٠٤٠ ليمونة على التقريب تنتج ٤٥ - ٥٠ لتراً من العصارة الطبيعية او ٦ ترات من العصارة الكثيفة و ٤٢٥ - ٤٥٠ غراماً من العطر (٢) ليمونة الكلسيوم : تخضر بمعالجة عصارة الليمون الطبيعية - على الحرارة - باحد ملاح الكلسيوم حتى الاشباع . وتجرى العملية في محفد خشبي له في وسطه ساعد لاجل التحريك وانبوب لجريان البخار المائي . فمن المعامل ما يستعمل فيها فحاة الكلسيوم الناعمة . ومنها ما يستعمل فيها الكلس غير ان الليمونة المستحصلة به تكون مشوبة بالألومين والفسفة وغيرها مما يعسر جفافها وحفظها .

بعد ترسب الليمونة تفصل عن السائل وتغسل بالماء الحار وتترك حتى

ينضب ماؤها ثم تجفف في التنور .

فمن مائة لتر من العصارة الطبيعية يستحصل ٨ كيلو غرامات تقريباً من
ليمونة الكلس التي تحتوي على ٦٤ ٪ من حمض الليمون .

(٣) الكباد : بدأت بعض المعامل حديثاً باستخراج حمض الليمون من عصارة
الكباد الذي ينبت كثيراً في الهند الشرقية وما بين المنارين من المناطق الحارة .
ولا تختلف طريقة الاستحصال عما هي عليه في الليمون . والعصارة
الناجمة تحتوي على ١٠-١٠.٦٥ غراماً بالمائة من حمض الليمون .

والتحليلات الكيميائية دلت على ان الكباد اغني عصارة واكثر احتواء
على حمض الليمون من الليمون :

عصارة على الوسط	حمض الليمون على الوسط	
٥١.٦١ ٪	٧.٦٢ ٪	الكباد
٣.٧١	٧.٦٢	الليمون

...

فحص المواد الاصلية

. تحليل عصارة الليمون . - ان عصارة الليمون ، عدا حمض الليمون
تحتوي على حمضي التفاح وخائق الذئب وغيرها . لذلك لا يصح تقديرها على
طريقة مقياس الحمض تقديراً بسيطاً لشمول الحساب المنسوب الى حمض الليمون ،
المحوض الغرية ايضاً . لهذا انصرف المحللون الى وضع طريقة خاصة تفصل
بها هذه المحوض الغرية وسنخص بالذكر طريقة فارينغتون (Warhington) .
يمجرى التحليل على نموذج وسط من العصارة وذلك كما يلي :

تخض الدنان الموضوع فيها العصارة بضم دقائق ثم يؤخذ من كل منها المتعار فاته بانبوب يدخل الى وسطها ثم تخرج هذه المقادير فيحصل نموذج وسط يفحص على الصورة الآتية :

تؤخذ أولاً درجة كثافته باحد مقاييس الكثافة وتصحح بحسب اختلاف الحرارة عن $+15^{\circ}$ باضافة 0.62 او طرحه لزيادة على كل $+5^{\circ}$ من الحرارة او نقص عنها .

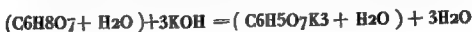
ثم يعاير حمض الليمون المتبلور مع ذرة من الماء (وزنه الذري ٢١٠) ويستعمل لهذا الغرض ثلاثة محاليل :

١ - محلول البوتاس الكاوي خمس النظامي

ب - محلول حمض الكبريت خمس النظامي

ج - محلول كلور الكلسيوم بثقل 27 بومه .

يؤخذ 50 سم 30 م من النموذج الوسط في حوالة مكيلة وتصب في حوالة اخرى مكيلة بسعة لتر واحد وتضاف اليها غسالات الحوالة الاولى ويكمل الحجم حتى اللتر . ويخض جيداً . يؤخذ من هذا السائل 25 سم 30 م (تعادل 1425 من العصارة الكثيفة) وتعدل حموضتها تعديلاً تاماً بالمحلول البوتاسي (١) فتكون ليمونة البوتاسيوم وماء وفقاً للمعادلة الآتية :



٢١٠

١٦٨٦٣

٢٢٤٦٣

٥٤

حمض الليمون

بوتاس

ليمونة البوتاسيوم

ماء

يغلي السائل في جفنة صينية نظيفة ويضاف اليه 160 . 25 سم 30 م من

محلول كلور الكلسيوم يثقل بومه (ج) . فيتكون ليمونة الكلسيوم قترسب وفقاً للمعادلة الآتية :



٦٤٨٦٦

٣٢٣

٣٦

٥٧٠

كلور الكلسيوم ليمونة البوتاسيوم

ماء

ليمونة الكلسيوم

٤٢٧٦٦

كلور البوتاسيوم

وبعد ان تغطى الجفنة بلوح زجاجي يستمر في غليان السائل نصف ساعة يقصر (*) في اثنائها حتى يبقى منه ١٠ سم . م . فيرشح وهو حار من ورقة ترشيح غير مطوية والراسب يغسل بالماء الحار لتجريده عن كلور البوتاسيوم وكلور الكلسيوم الزائد ، حتى ترى الفسالات رائقة فيتم الغسل (يستدعي ذلك ١٠٠ ١٢٥ سم . م من الماء)

تؤخذ ورقة الترشيح الحاوية الراسب وتجفف في التنور .

وتضاف الفسالات التي قد تحوي شيئاً من الليمونة ، الى الرشاحة . ويكثف الجميع على حمام مائي حتى لا يبقى سوى ١٠ ١٥ سم . م فضاف اليها قطرة واحدة من روح النشادر (أمونياك) الممدد لتعديلهما اذا كانت تتفاعل حامض ثم ترشح من قمع جولي (Joulié) ويغسل الراسب خمس مرات او نست بالماء الغالي كما ذكر آنفاً . ثم تجفف ورقة الترشيح الثانية هذه وتؤخذان وتوضعان في جفنة بلاتينية وتحرقان بثقاب متقد ثم يكلس الراسب في فرن

(*) قصر الطعام يقصر اي خلافتقص .

المزودة أو على لب زكي الى ان يبيض الرماد تماماً . فتستحيل ليمونة الكلس بهذه العملية الى فحمة الكلسيوم أولاً ثم الى كلس حي .

يوضع الرماد في الجفنة التي استعملت لتبخير العصارة ويضاف اليه قطرة من الماء المقطر ويعجن بيد هاون زجاجية ثم يعالج بـ ٥٠ سم م من محلول حمض الكبريت (ب) ويغلى لمل فحمة الكلسيوم . وبعد ان يقطر عليه بضم قطرات من صبغة عباد الشمس مشعراً يعاير بالمحلول البوتاسي (ا) حتي يتقلب اللون الاحمر ، ازرق ونحسب بطريقة التفاضل ما صرف من محلول حمض الكبريت خمس النظامي لتعديل قلوية الرماد ثم يضرب الناتج برقم ١١٧٣ فيعرف مقدار حمض الليمون بالتر من العصارة .

لنفرض انه صرف لتعديل الحموضة ١٠ سم م من المحلول القلوي خمس النظامي فتكون :

$$٥٠ - ١٠ - ٤٠ \text{ سم م}$$

هي ما صرف لتعديل قلوية الرماد . فمقدار حمض الليمون بالتر من العصارة هو اذن :

$$١١٧٣ \times ٤٠ = ٤٤٨ \text{ غراماً بالتر .}$$

ويجب في اثناء هذا التحليل الانتباه الى تكثيف السوائل والامراع في الغسل بالماء الحار والقيام بالمعايرة على الحرارة ويبطئ باستعمال صبغة عباد الشمس مشعراً وتسخين السائل كلما قطر عليه من المحلول المعاكس لينطلق غاز حمض الفحم والا لم تسلم النتيجة من الخطأ .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٣٠ م الموافق صفر سنة ١٣٤٩ هـ

فحص أعضاء المرأة التناسلية باللييودول

واشعة روتجن

« ٢ »

للدكتور إبراهيم الساطي استاذ امراض النساء وفن التوليد

استطابات هذه الطريقة : قبل المجيء على التفصيلات التي يستعمل بها هذا النوع من التحري علينا ان نعين المريضة معاينة دقيقة لثلاث تكون مصابة بخلل قلبية او التهاب رحم او نفير او مبيض أو بزوف أو بسوء حالة الاعضاء التناسلية أو ان تكون حاملاً لان الحقن باللييودول بعد ادخال القاثتر قد يحدث القشي في المصابات بخلل القلب أو ينبه الافات التناسلية الكامنة او يسقط الحامل .

فبعد معرفة ما تقدم نجمل الحالات التي تستعمل بها هذه الطريقة
بثلاث جمل :

١ - متى كان ورم في الاعضاء التناسلية او في جوارها يثبت الفحص السريري :

كثيراً ما يصعب على الطبيب بعد ان يتحقق الورم إقراره في المكان الذي
ينشأ منه فهو يبقى متردداً بين ان يكون في الرحم نفسها او في ملحقاتها وبين ان
يكون ليفياً او كيس مبيض او آفة في التفير ومتى علمنا ان طريقة المعالجة التي
يترتب عليه اتباعها تستدعي نبذ هذا التردد جانباً ادر كنا ما للتشخيص الدقيق
من الاهمية فان الورم الليفي تكفيه الاشعة وقلاً يحتاج الى الاستئصال الجراحي
اما العلتان الاخريان فانهما تستدعيان الاستئصال . فمصور جوف الرحم
والتفير يكشف لنا هذا القموض ويرشدنا الى التشخيص الصريح فاذا أظهر
الرسم ان التفيرين مفتوحان وطبيعيان عرف انهما سليمان وانه لا علاقة له
بالورم واذا ظهر ان جوف الرحم متسع وشكله المعتاد متبدل ثبت ان الورم ليفي
واذا كانت سعة الجوف وبقية الحدود الرحمية طبيعية وكانت منحرفة
بكليتها حق للجراح ان يفكر في كيس المبيض .

٢ - متى تكررت نزوف المرأة وكان عنق رحمها سليماً حق للطبيب ان

يذهب مذاهب شتى في تعيين نوع العلة فقد يكون هذا النزف ناجماً من انحباس
المشيمة او من سلية الرحم او ورم خبيث

وبعض الحادثات السريرية عسرة التشخيص مثال ذلك متى شخص ورم
ليفي نازف فعولج بالاشعة وانقطعت النزوف ثم عاود النزف العلية بعد

كان وجه للتساؤل عما اذا كان الورم الليفي قد نكس او عما اذا كان ورم خيث آخر قد ظهر فلا التجريف وحده يكفي لاجراء فحص تشريحي مجهرى صحيح ولا الاشعاع لان المجرفة قد لا تقع على الورم اما طريقة الليبودول فانها تعين مكان الورم والمجرفة تأتي به والمجهر يكشف عن طبيعته سليمة كانت ام خيثة .

٣ - في جميع الحالات التي يراد بها الوقوف على حالة النفيرين : يلجأ الى هذه الطريقة فمتى كان عقم وثبتت ان مصدره اعضاء المرأة التناسلية وجب الفحص بالليبودول وحقة واحدة تكفي عادة لاثبات انفتاح النفيرين او للاطلاع على مكان الانسداد متى كانا منسدنين . وهذه الطريقة كما ذكرنا في الجزء الماضي بفضل طريقة النفخ التي تدل على انفتاح النفيرين او انسدادهما فقط ولا يمكننا من معرفة النفير المنسد ومقر الانسداد مع ان الوقوف على هذا الامر كبير الاهمية لاجراء تصنيع النفير ووصل قناته واعادتها الى الانفتاح كما لا يخفى .

واذا كانت العملية مصابة بالتهاب الملحقات المزمن المؤلم وكان حجم هذه التوابع صغيراً او بعسر طمث ذي منشأ مبيضي نفيري يستفاد جداً من الوقوف على حالة جوف النفير . ووفقاً لهذه المعلومات يعين الجراح خطة عمله بعد الحقن بالليبودول والفحص بالاشعة ويقرر استئصال الرحم او استئصال النفير والبويض او التصنيع فقط او يتمم عن اجراء اي عملية كانت ولا بد من النظر الى مقياس الضغط والوقوف عند درجة ضغط واحدة

حين اجراء الحقن لكي يتسنى للفاحص الوقوف على حالة انفتاح النفير او انسداده ومراعاة هذه القاعدة اس^١ من الاسس التي تبنى عليها هذه الطريقة .

طرز اجراء العملية ٠ - الشرط الاول الذي لا بد منه هو الطهارة والتعقيم البالغان اقصى حد هما لان مسبار الحقنة يبلغ جوف الرحم واللييودول يدخل جوف الخلب بعد ان يمر بقناة النفير . ولا يخفى استعداد هذه المناطق الثلاث: جوف الرحم وقناة النفير وجوف الخلب للتعفن ويستحسن ان تلتزم العليلة سريرها اثنتي عشرة ساعة بعد الحقن اجتناباً للعوارض وان تكن نادرة الوقوع في هذه الطريقة وان تكون في احدى قاعات المستشفى او في مكان يسهل على الطبيب الوصول اليه للعناية . بها متى فاجأها عارض ما . وتبدأ العليلة قبل العملية بيوم فتفصل امعاؤها غسلاً مكرراً ويطهر مهبلها بالغسولات الايودية العقيمة بدرجة (٣٨°) ويكرر التطهير صباح العملية . ومتى عرفت اسس العملية استطيع اجراء الحقن بطرق عديدة وقد استنبطت لهذه الغاية اجهزة كثيرة غير ان المعدات التالية تكفي : مسابر مرنة مختلفة الشخانة ومناقيش نسائية ذات مخالب (ملاقط موزو) ومحقنة سعتها ٢٠ سم^٢ ومحظرة معدنية متصلة بوصل بشكل T ولا مندوحة من مراعاة هذه الشروط الثلاثة حين الحقن باللييودول :
١ - ان يضبط العنق باحكام ٢ - ان يقاس الضغط في اثناء الحقن
٣ - ان يكون شكل المسابر المرنة شديد الموافقة . فضبط العنق جيداً ينعم اللييودول عن العودة الى جوف المهبل وقياس الضغط بالمحظرة ينبتنا بارتفاع الضغط الى حد خطر الامر الذي لا ننبه له اذا لم تكن محظرة فان الضغط متى بلغ ٧٦ سم او تجاوزه مخشي من تمزق النفير ومرور المادة الحقنون بها لنسج المسير

التناسلي وللعروق الدموية والبلغمية . واستعمال الانابيب المرنة مفضل لانها تنطبق على قناة الرحم اياً كان شكلها ولا سيما متى كانت الاورام الجدارية او المحيطية قد حرفتھا ويستعمل بعض الاختصاصيين الفترة المعدنية كما في جهاز ماس مون تايل (Masmontell) وهي حسنة الاستعمال وسهلة في الارحام المستقيمة القناة غير ان معظم الحوادث التي يراها الطبيب مرضية يرافقها انثناء او انحراف والانابيب المرنة مفضلة فيها والاتجرح القناة التناسلية ويدخل الليبودول النسج عوضاً عن ان يدخل جوف الرحم فعلى الطبيب المارس ان يهيء المسابر المرنة بين ١٢ الى ٣٥ من مقلدة شاريار (filière Charrière) وان يستعمل الابر الذي يراه حسن الانطباق على القناة وان يضبطه بمناقيش يضعها على العنق بعد ادخال المسابر واما التخدير فامر يستغنى عنه فالعملية ليست موجعة وجعاً يستدعي التخدير لان معظم النساء يحتملن هذه الالام الخفيفة ومتى كان الغشاء المخاطي الرحي شديداً الحس يحقن تحت جلد المرأة بستغرام واحد من المورفين قبل الشروع بساعة واحدة او ثلاثة ميلغرام من جانو سكوبولامين (généo-scopo-lamine) . فتوضع العلية اولاً على منضدة المنظر ويكون قد حلق شعر الناحية وطهرت ويطبق منظر ذو مصراعين ويطلّى المهبل وعنق الرحم وقناة العنق بصبغة الايود ثم يسبر الغور بمسابر موافق ويفهم اتجاه سير قناة الرحم (وذلك بعد معرفة وضع الرحم واستقامتها لدى اجراء المس اليدوي المزدوج) وتحنن معبها ودرجة المسابر الذي ينطبق عليها . ويستحسن ان تجرب المسابر اولاً ويحتفظ بالمسابر الذي يصعب ادخاله بعض الصعوبة ثم يلاً المسابر بالليبودول

ويسد طرفه السائب بسدادة موائقة او بملقط قاطع النزف ويدخل في القناة حتى
يحتاج مضيق الرحم .

فيضبط حينئذ المسبار لثلاث يتزلق من الداخل الى الخارج او ينصب
الليبودول حوله بمناقش موزوع على يمين العنق ويساره واذا كان العنق بارزاً
يكفى بوضع ملقط واحد في جانب واحد او ملقط بشكل T ثم يسد المهبل
بالشاش ويتزع المنظار ويحفظ المسبار والملاقط برفادة وتنقل المريضة حيث
الاشعة المجهولة وبعد ان توضع على المنضدة تملأ المحقنة بالليبودول بحسب
جوف الرحم التي تكون قد خمنت سمعتها بالاستقصاءات الاخرى وتوصل بنهاية
المسبار وتجعل المحطرة بين الحافة والمسبار ويستحسن رفعها عن مستوى
الحقن ١٠ - ١٥ سم لثلاث يدخلها الليبودول ويحقن حتى تبلغ الابرة حداً
٣٠ سم من عمود الزئبق فاذا كان جوف الرحم كبيراً كانت كمية
الليبودول اللازمة وافرة ولا سيما في الاورام الليفية او الخلالية واذا كان صغيراً
احتجج الى ٣ - ٤ سم^٢ او ٥ - ٦ ليتملى ويمر منه الى جوف الحلب . تعانين
العليلة اولاً بالاشعة قبل ان ترسم فاذا تبين ان الحقن حسن وان جوف الرحم
قد امتلأ ومرت الليبودول الى الحلب او ان النفي قد انتفخ وامتلاً بالليبودول لانه
منسد وبعبارة اخرى ان الحقن كان كافياً ترسم المريضة في الوضعتين الجانبية
والامامية الخلفية .

واذا لم يكن الحقن كافياً يعاد ثانية حتى يتوتر جوف النفي او يمر الليبودول
الى الحلب ولا خوف من الحقن بكميات وافرة من الليبودول لانه غير كاو

ولا مسمم ولأن المقادير التي نتراكم منه في جوف الرحم تعود هذه فتقذفها بعد العملية بثوان قليلة متى سحب المسبار والمقادير المنصبة في الخلب يمتصها الجسم وتفيد العملية دون ان تضر بها .

واذا كانت الافقورماً بطنياً كبيراً خارج الرحم ككيس البيض او ورماً في الملحقات اذ يكون جوف الرحم طبيعياً يستحسن قبل الشروع بالعمل تعيين حدود هذا الورم بمسه وجسه البقيين وكثيراً ما لا يكون محيطه منتظماً فيرقن هذا المحيط بالجبر على الجلد وهكذا يرسم خط غير منتظم غالباً يحدد الرحم فتجس مثلاً المحاصرة اليسرى وتوضع بها نقاط متعددة على امكنة الجس لتقرير مكان الورم على الجدار وقبل توجيه الأشعة يستحسن ان يوضع سلك معدني سهل الانحناء يجعل منه خط مواز للخط الذي رسم على الجدار ومتى اخذ الرنم بالاشعة يرسم السلك طبعاً وتشاهد حدود الورم ويبدو جوف الرحم والتغير بواسطة الليبودول فتعرف اوصاف الورم : شكله وحجمه ودرجة ضغطه للرحم والانحرافات التي يحدثها وغير ذلك من نتائج الاستقصاء . قلنا ان هذه العملية خالية من المخاطر التي تشاهد في النفخ بالغاز او في الحقن بالكولرغول وان حوادث الغشي او الموت التي شوهدت بالطرق الاخرى لم تقع في سياقها

وقد اجري الاشعاعي الشهير بكلر معاينات عديدة انتهت جميعها بالسلامة وكانت حرارة العملية مساء العملية كما في اليوم السابق للعملية الا في حادثين بدا فيهما انحطاط خفيف مع رعدة لم يعقبها ارتفاع حرارة ويشترط مراعاة النظارة والتعقيم منذ بدء العملية حتى نهايتها لان هذه المدة ستجتياز عنق الرحم الى جوفها ومنه الى الخلب ومع انها مضادة للتعفن وبعيدة فان تلوثها ممكن حين مرورها

يجوف الرحم ولا سيما متى كان ورم سرطاني او ليفي متفرح الامر الذي يعيد الفحص باللييودول امراً مستكراً لانه يعرض المريضة لانتشار السرطان ولعوارض اخرى .

واننا نذكر فيما يلي بضعة امثلة تبين منها الاستنتاجات التي يستطيع اجتاؤها من هذه الطريقة :

فاذا كانت الرحم في موضعها الطبيعي ولم تكن مصابة بآفة ظهر جوفها المملوء باللييودول بشكل مثلث صغير ضلعه العلوية منحنية بعض الانحناء وضلعه الجانبيتان مقعرتان بعض التقعر واما حدود الرحم الخارجية اغني الحافين الجانبيتين مكان ارتكاز الرباطين العريضين والحدود العلوية السائبة للرحم فتظهر مستقيمة .

واما النفيران اذا بقيا ممتلئين للييودولاً فانهما يظهران بشكل قناتين قطر كل منهما بين ٢-٣ ملمتر غير ان اللييودول قلما يستقر في جوف النفير بل يبر جميعه الى الخلب فيشاهد في جانبي الرحم وفي مستوى احط من قرنهما بعض بقع دهنية منبعثة من انصباب قطرات اللييودول في جوف الخلب فاذا كان احد النفيرين منسدأ ينتفخ هذا النفير وتنجس فيه كميات وافزة من اللييودول ويرسم في جانب الرحم

واما في الرسم الجانبي فترسم قناة الرحم كقناة بسيطة ابطوانية مشبة الانشاء الحلقي الامامي الكائن عادة بين الجسم والعنق وتشاهد في الحالة السليمة بقع اللييودول في جوف الخلب .

واذا كان ثمت ورم كبير قرب الرحم بقي للرحم شكلها وارسم السلك

المعدني الموضوع على البطن والمنحني بحسب انحناء الورم فجني منه الطيب
 معلومات جلية النفع وعرف مكان الرحم من هذا الورم ودرجة انحرافها
 فاحتاط للامر في عمليته . وفي حالات القمع (الانقلاب الخلفي) يظهر خيال
 مثلث الرحم منكساً ذروته في الأعلى وقاعدته في الأسفل وتقع هذه القاعدة
 غالباً عند تعيير العجز وتتبع الملحقات الرحم في هذا التنكس حيث يلتبس
 خيال بقع اللييودول بكثافة زنار الحوض . ويرى في التصوير الجانبي انقلاب
 الرحم وانحرافها بحسب درجة هذا التنكس (يتبع)



المداءاة باللقاحات والمصول والهبولين في الجراحة

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجها الدكتور مرشد خاطر

نعلم الان بعد تقدم فن الجرائم ان نبضع مريضاً دون ان نعنن جرحه
ونعلم ايضاً بما تحققتنا نفعه في سياق الحرب الكبرى ان ننضر جرحاً عارضاً
حديثاً ونزيل منه النسيج المرضوضة ونقيه من التعفن .

ولدينا من الوسائط اقواها في مكافحة التعفن ما زال منحصرأ في مكانه
كمحلول دكان والمحاليل الاخرى المنشطة للخلايا والاستشاس والهواء الحار
التي من شأنها تبشيط الكريات البيضاء في بوءرة التعفن والقضاء عليه .
غير انه متى طال أمد التعفن وازمن ومتى اشتدت عوامل المفونة فلم تعد
جنود الدفاع قادرة على القيام بالمكافحة ومتى انتشر الاتان وعم البنية فما العمل؟
لا فائدة ترحي حيثئذ من مضادات الفساد لان الجرثوم في الدم ولانها
عجزت عن القضاء عليه اذ كان موضعاً فالواسطة الوحيدة اذن هي تحصين
الجسد او بعارة اخرى تنشيط قوة الدفاع فيه .

وكيف يكون ذلك؟ يتم لنا الامر ليس بتهيئة الشروط التي من شأنها تقوية
البنية كالنغذية والمقويات وما شاكلها بل باحداث عوامل تهب البنية المتاعسة
وهذه هي غاية الاستلحاق والاستمصال (vaccinothérapie et sérothérapie)

فالتلقيح يهذب الخلية ويسدد حرركاتها ويعيدها قوية قادرة على مناصرة الجراثيم الضارة .

وإذا كان الخطر مداهما ، والوقت قصيراً لا يسمح لنا بهتذيب هذه الخلية ، كان علينا ان غد البنية بكمية من المصل الذي يجد فيه الجسد ما يحتاج اليه من وسائط الدفاع كالمواد المضادة للذيفانات التي لا يسمح قصر الوقت للخلية بصنعها وإيجادها .

والى القارئ الطرز الذي تتبعه هاتان الطريقتان في فعلهما :

التلقيح : هو حقن الجسد أولاً بعوامل التعفن المنخفضة حماتها تخفيفاً شديداً حتى لا يكون تفاعله ازاءها الا جزئياً وتكرر هذه التلقيحات مع زيادة مقادير الجراثيم واستخدام عوامل اكثر فاكثراً نشاطاً بفواصل كافية يعود البنية مكافحة هذه العوامل المرضية ويعيدها اخيراً منيعة على اشد الجراثيم فتكاً . فالتلقيح هو اذن استدراج الكرية البيضاء الى النضال وتويعيدها اياه حتى تعود قوية تستولي على عدوها . ويقال للمناعة المكتسبة بهذه الطريقة المناعة الفاعلة لان الخلية نفسها تعود القتال مع جرثوم معين . غير ان هذه المناعة بطيئة الظهور لانه لا بد من كميات متزايدة تزايداً تدريجياً في الحصول عليها فهي طريقة تستعمل في الوقاية او في التعفّنات المزمنة .

وصفتها الحسنة التي تمتزج بها هي بقاؤها مدة طويلة لان مضادات الذيفانات التي ظهرت يبطؤ تمداد احد الاجزاء التي تتركب منها النسج .

الانمصال : هو اكساب الشخص مناعة احرزها شخص اخر وطريقة ذلك ان يحقن الاول بمصل يمنع يحتفظ مدة طويلة بقوته وخواصه التي اكتسبها

من الشخص الاول ويستطاع نقله بقوارير محكمة الاغلاق وحقن الاشخاص المحتاجين اليه به كلما سحنت الفرصة وقد سميت هذه المنة المنة في القوارير وتعديل ذيفانات المريض يتم في الحال بمضادات الذيفانات التي يؤتى بها مع المصل غير ان لهذه الطريقة محذوراً وهو انها قصيرة المدة وتسمى هذه المنة المنعة المنعلة لان بنية المريض لم تستحضرها بل استحضرتها بنية اخرى ويزول قطعاً بعد بضعة ايام او بضعة اسابيع طبقاً لهذه الشريعة العامة القائلة بان الخلايا تطرح بسرعة الاجسام الغريبة التي تدخل البنية ومع ذلك فالقاعدة المطردة هي استعمال المصل في التعففات الحادة متى كان لا بد من الاسراع .

ولكن لا يفهم من هذا ان جميع الوسائط الدوائية متوفرة لدينا لمكافحة جميع درجات التعففات . لانه اذا كانت قد استحضرت مصول عديدة فهي ليست جميعها ناجعة ولا سيما المصل المضاد للمكورات العقدية (ستربتوكوك) الذي لو كان ناجعاً لعد سلاحاً ماضياً في يدي الجراح ازاء التعففات العديدة التي تحدثها هذه المكورات الشديدة الخطر . فان هذا المصل على الرغم مما ادخل عليه من الاتقان لا يستحق ان يسمى مصلاً نوعياً .

واذا عدنا المصول الكثيرة المستعملة في الجراحة رأينا اثنين فقط قد ثبتت فائدتهما : المصل المضاد للكرزاز والمصل المضاد للفتريزنا وهما مصلان مضادان للذيفانات يجب استعمالهما في الوقاية اولاً واليكم السبب :
ما من يجهل ان للكرزاز زمن حضانة وان اعراضه لا تظهر بسرعة لان

ظهورها يستدعي انفراز الذيفانات من خصيات الكزاز المستقرة في الجرح وسيرها في الدوران وانتشارها على مسير الالياف العصبية واستقرارها في الجهاز العصبي المركزي . فيجب والحالة هذه ان تكون مضادات الذيفانات قد وصلت الى المكان نفسه متى بدا الذيفان بالانفراز لتعديله قبل ان تنخرج به المراكز العصبية . وهنا هو السبب القاطع بحق كل جريح يتلوث جرحه بالترايب بالمصل المضاد للكرزاز . ويجب تكرار هذه الحقنة كل ثمانية ايام اذا تبيح الجرح ومتى ظهر الكزاز لا يؤثر المصل الا اذا حقن منه بمقادير وافرة حتى التمر اذا كان هذا المقدار لازماً لتعديل الذيفان الذي تضررت به البنية . وتستعمل في الحقن جميع الطرق : تحت الجلد والعضلات والأوردة والقناة الفقرية

وقد برز المصل المضاد للكرزاز لعالم الطب بفضل اعمال بهرينغ و كيتازاتو ورو وفيار .

واما المصل المضاد للغنغرينا فقد بدأ بتحضيره لوكلنش وفاله واكمله ساكبه وفنسن وويبيرغ وموازروم وجاءت الحرب العامة فكانت ساحة كبيرة لاختباره فقد ادى الخدم الجلبى ويجب ان يستعمل للوقاية والمعالجة في الجروح الرضية الواسعة والجروح النارية الانفجارية . وهو مصل متعدد القوى مستحضر من الخيول المنعمة على انواع الجراثيم التي تتلوث الجروح بها .

يستعمل في الوقاية متى اريد اجراء عملية على اجواف طبيعية شديدة التلوث وفي التهاب الزائدة الغنغريني ومعالجة القلغمونات حول القم والشرج التي تسير سيراً خبيثاً .

ومحذورا المصول هما العوارض المصلية التي تقع بعد الحقن بـ ١٢ - ١٥

يوماً وعوارض الاستهداف . فاذا لم تكن نعرف حالة الشخص أو اذا كانت قد اجريت له حقنة مصل منذ مدة قليلة يجب ازالة تحمسه حسب طريقة سردكا وذلك بمحقن تحت جلده او وريده بنصف سم^٢ ثم حقنه بعد ساعة بستمتر مكعب فبستمترين بعد ساعة اخرى فاذا لم تبد عوارض بمحقن بالمقدار جميعه .

قلنا ان الاستلقاء مستعمل بالخاصة في التعفنت الزمنة فهو يدعم دفاع البنية التي بدأت بالنضال غير انها لا تتوصل الى النصر بما لديها من العدد . وقد كان للاستلقاء بالمكورات العنقودية بعض الفوائد في داء الدمامل والجمرة الحميدة حتى في التهاب العظم والنقي الذي هو داء العظم الدملي . واللقاح المضاد للمكورات العقدية افعل من المصل المضاد لها غير ان فوائده لم تثبت بعد

واللقاح المضاد للمكورات البنية (القونوكوك) يفعل فعلاً حسناً في المراقيل : التهاب الحصى والمثانة والبربخ والمفاصل وقد افاد اللقاح المضاد لمكورات الكولون بعض الفائدة في بعض التهابات الحويض والمثانة .

وبرزت الى العالم الطبي منذ قليل مولدة الضد المائتيلة (antigène méthylique) من مستوصف بامتور فكانت مساعداً كبيراً في معالجة الآفات السلية . والتلقيح الكثير الاستعمال في ايماننا هو التلقيح الواقى السابق العمليات فانهم يجربون اليوم ان يعقموا المريض اذا جاز لنا هذا التعبير قبل اجراء بعض العمليات اجتناباً للعراقيل .

مثال ذلك جراحة المعدة انها لا تزال ثقيلة الوطأة ومعدل الوفيات فيها

لا يزال عالياً بسبب العراقل التنفسية فان الجراثيم التي تحتويها المعدة والامعاء في الحال الطبيعي تحرر متى فتحت هذه الاعضاء وتم بالدم بالاووية التي فتحت حذاء الجرح وتذهب الى الرئة فتستعمرها ويساعدها في عملها اضطجاع المريض على ظهره فتكون العملية قد نجحت كما يقول البعض غير ان المريض مات في الايام التالية بذات القصات والرئة . فاجتناباً لهذه العراقل القتالة جرب التاميع قبل العمليات فكانت نتائجها حسنة للغاية .

كان يظن اولاً بنوعية التفاعلات اللقاحية او بعبارة اخرى اذا اردنا ان نكافح احد الجراثيم فعلياً ان نستحضر من هذا الجرثوم لقاحاً ذاتياً ولا يزال البعض يستعمل هذه الطريقة . غير ان السواد الاعظم يعتقد اليوم بان اللقاحات المحضرة من عدة جراثيم اشد فعلاً ولها استحضروا لقاحات جاهزة واكثرها استعمالاً اليوم برويدون دلبه فهو مستتب الرق نفسه المحتوي على اجسام الجراثيم (المكورات العقدية والعنقودية والعصيات الزرقاء) يحقن به بعد ان يقدم عهده ويخفف بالحرارة .

ولكي يعمل علماء الجراثيم فعل اللقاحات كانوا يقولون ان اللقاح وهو مولدة الضد متى دخل البنية يضطرها الى ايجاد الاضداد (anticorps) التي تمر الى الدم لمكافحة المراكز العنفة غير ان هذا الدور الدفاعي الذي اوضحته اعمال بورده وريت لم تثبت صحته كل الثبوت .

وقد اضاف برسد كالى عنصري الدفاع اللذين لا جدال فيهما وهما البلعمات (phagocytes) والاضداد عنصراً ثالثاً وهو الخلية القابلة (c.receptive) فهو يعتقد ان البنية كلها لا تهب هبة واحدة لمقاتلة العدو للمداوم وايجاد المناعة

بل ان لكل مرض عفي عضواً خاصاً وهو العضو القابل، المختص بذلك المرض فاذا جعل ذلك العضو منيعاً اكتسبت البنية كلها المناعة وهذا المبدأ يسمى مبدأ المناعة الموضعية المودى الى المناعة العامة .

ولست ارغب بهذه اللمحة المختصرة في بيان التحريات العديدة التي قام بها بسر دكا لاثبات قضيته بل اكتفي بان اوضح انه قد اثبت ان المكان المنتخب للقاحات المضادة للمكورات العقدية والعنقودية هو الجلد وان الجلد هو ايضاً المكان المنتخب للقاح المضاد للجبرق الحبيثة وان القبعة (cobaye) تصبح منيعة على الجرعة متى لقع جلدها فقط و بان ايضاً انه اذا وضعت مكمدات مبللة بمزارع المكورات العقدية والعنقودية على جلد حلق شعره كانت المناعة اشد مما لو حقن تحت الجلد بمحلول تلك المزارع وهذا ما حدها الى وضع نظرية جديدة ، نظرية التضميد الجرثومي التوعوي واحلالها مكان التضميد المضاد للفساد او التضميد العقيم اللذين كانا في عرف الجراحة عقيدة لا يجوز مسها . وقد بين لافي سولول وسيار قيمة هذه التضميدات الجرثومية النوعية في حى النفس فاذا اتبعنا هذه النظرية وجب علينا ان نقول انه لا بد من تلقيح غشاء الامعاء المخاطي في الحى . التيفية لجعل البنية جميعها منيعة على هذه الحى وقد جاء بسر دكا يراهين تبين ان اللقاحات التي تسخل البنية اياً كان الطريق الذي قطعه لا بد لها من بلوغ الخلايا القابلة للمنتخبة وانها لا تفيد اقل فائدة ما لم تصل اليها اذن يجب على الطبيب ان يسير هذه اللقاحات في اخصر طريق واما الاضداد فليس لها اقل فاعل . دفاعي بل هي بقايا البلغات والحماة (virus) الملقح بها . هذا هو التطور العلمي الذي تطوره نظرية المناعة في ايماننا الحاضرة .

ويقول بازي ان نظرية الاضداد يجب ان يعاد النظر فيها لاننا اذا نظرنا الى الافات الجراحية التي تنجم فيها اللقاحات لم نجد امامنا الا الافات المسببة من المكورات العنقودية (الدمى والجمرة الحميدة والتهاب العظم والنتي) وهي اي المكورات العنقودية لا تولد الاضداد بسهولة وقد تسأل بازي بغد استناذه الى التحقيقات السريرية والجراثيمية عما اذا كان يصح ان يرد اسم اللقاح والتلقيح كما لو كان الامر شبيهاً باللقاح المضاد للجدرى مع ان الامر ليس كذلك لان لقاح جدر وهو نموذج التلقيحات يشترط فيه ان يكون الشخص سليماً والجراثيم حياً لكي يولد مرضاً مخففاً قابلاً لتوليد مناعة ثابتة .

اما في الجراحة فليس الامر كذلك لان الشخص لا يكون صحيحاً بل مصاباً بتعفن سير سيراً حاداً او مزمناً وحاملاً لجراثيم دائمة ولان اللقاحات التي تستعمل لا تحوي جراثيم حية بل ممتة ولان الامراض المسببة من المكورات العنقودية او العقدية او البنية التي نعالجها باللقاحات تنكس خلافاً للجدرى نكساً مستمراً اي انه اذا اصاب الشخص بها مرة فلا تقيه هذه الاصابة الاولى من اصابة ثانية فالتلقيح في الجراحة والحالة هذه ليس تلقيحاً بل مداواة بالجراثيم (bactériothérapie) لان نتيجة التلقيح هي ابلاغ التعفن شدة فائقة موءدية الى عدم التحمل ونبت جميع الجراثيم المرضية فالتلقيح يحمل البنية على القيام بعمل جازم فهو لا يقتل الجراثيم بل يعيدها داجنة عديدة الضرر .

وقد دل الاختبار ايضاً انه لا يشترط في اللقاح او المصل ان يكون نوعياً ليفعل فعلاً حسناً فبين ان لقاح عصيات الكولون تشفي التعفّنات المسببة من المكورات العنقودية وان المصل المضاد للدفتيريا يفعل في تعفّنات لم تفد

فيها الموصول النوعية .

ويظهر ان اعمال فيدال وتلامذته قد جلت هذه المسألة الغامضة فانهم درسوا درساً دقيقاً عارضة سموها صدمة تزعزع الغرويات (choc colloïdocal-sique) وتوصلوا بها الى تحليل فعل الموصول واللقاحات وتأثيرها في التعفّنات الناشئة من جراثيم اخرى .

وقد نشأ من فهم هذه الضدمة طريقة علاجية سميت المداواة الهوليونية (proteinothérapie) وهي تقوم بادخال آحين متغاير (hétérogène) للبنية تنشيطا لها على مكافحة الادواء المختلفة وقد استعملت لهذه الغاية مواد كثيرة واشترط فيها فقط ان تكون من نوع الهولوين (البروتين) المتغاير فنجم من استعمالها صدمة شديدة عقبها ازدياد شديد في الكريات البيضاء مفضلاً الى الشفاء استعمل الهولوين والحليب والاكترغول فنجمت من الحقن بها صدمة مفيدة ويفعل الاستمصال الذاتي والاستدعاء الذاتي والمداواة القيجية بهذه الطريقة فقط وكذلك الموصول واللقاحات فانها تفعل فعلها المفيد لاحتوائها على آحيئات متغايرة وعليه فيجوز استعمالها بدون النظر الى فعلها النوعي ولا يؤثر لقاح دبة الذي اكتسب شهرة بعيدة الا باحتوائه على هضمون المرق المزروعة فيها الجراثيم ويقول بازي ان سائر اللقاحات الشافية مواد جرثومية محللة وان مايفعل في اجسام الجراثيم انما هو الاحين الجرثومي الذي فصله بازي وقاله وحققنا به بعد تسميته المكورين الباطن (endococcine) او مادة بطانة المكورات .

وصفوة القول ان اللقاحات والموصول ليست الا مقرعة تنبه البنية النائمة الى الدفاع وما فعل خراج فوشيه الاصطناعي الا من هذا النوع .

وبما ان الدور الذي تلعبه الكريات البيضاء دور كبير الاهمية فقد جربوا الاستفادة من خواصها النافعة بوضعها هي ايضا في القوارير .

وهذا ما حدا م - رغار (Regard) الذي استهوته نتائج التطعيم بالنسج الميتة في جراحة العظام والاعصاب فخطر له منذ بضع سنوات ان يعالج الكريات البيضاء معالجة خاصة ويستحضر منها نوعا من الطعوم يطعم به البنية متى كانت في حاجة اليه :

فجمع الكريات البيضاء من دم حيوان وثبتها وغسلها لكي يفصلها عن الكريات الحمراء وحفظها ومتى جاء وقت استعمالها فانه يضع منها كمية في المصل الخلفي ويستحضر منها مصلا اسماءه مصل الكريات البيضاء الدوائي (serum leu- cocythérapique) وهو ينتظر ان تكون فوائده باهرة ولست اعلم ما اذا كانت نتائجه قد طابقت آماله ولا بد لي من اعلان كشف هارال (Herelle) سنة ١٩١٧ قبل ان انهي كلامي عن النظريات التي قامت على انقراض نظرية المناعة القديمة لان هذا الكشف يفتح طرقا جديدة للوقاية وفن المداداة فان عامل المناعة حسب هارال كائن جديد يسمى ملتهم الجراثيم (bactériophage) وهو حمة غير منظورة ويحتمل ان يكون ضيف الملى وهو الذي يدخل ويفتك بالعامل المرضي فالمناعة اذن مرض عفني ثان يعقب وينهي المرض الاول .

ويفعل ملتهم الجراثيم هذا فعلا حسنا في الزحار (الدوسنطاريا) والافات الناشئة من عصيات الكولون والمكورات العنقودية فالى جانب المناعة الخلوية او المناعة الداخلية المنشأ (endogène) وهي ما لم يعرف سواها حتى الآن نرى - مناعة خارجية المنشأ (oxogène) ناتجة من المراك الواقم بين طفيلي وطفيلي هنا .

الطنبلي، عراك، يودي الى انحلال الثاني

وصفوة الكلام اننا اذا اقررنا بفائدة المصل المضاد للكرزاز في الوقاية ونجاح
المصل الكثير القوي في الوقاية من الغغرينا وشفائها واذا كان للمداواة باللقاحات
والمصول والميولين في بعض الحالات فائدة لا تنكر فلا بد لنا من الاقرار ايضا
بان هذه الطرق تخيب في كثير من الحالات خيبة تامة وانها لا تزال في دور
الاختبار . ومجدر بنا ألا نتورط في استعمالها ما زالت فوائدها لم تثبت بعد وطرق
استعمالها لم تقرر تقريراً نهائياً وان نكتفي باستعمالها في الادواء التي يعرف سببها
حتى خابت جميع المعالجات الاخرى .



المستحدثات الطبية في سياق سنة ١٩٢٩

للككتور شوكت موفق الشطي

الاستاذ في معهد الطب بدمشق

« المعدة »

الافراز المعدي في الحالتين الطبيعية والمرضية : ظهرت في العام المنصرم أبحاث قيمة عن الافراز المعدي وقد أحدث غاران وبرناي وفريلون الافراز المعدي بطريقة الاختبار الذوقي وهي تقوم بمضغضة فم المريض بنبيذ احمر بعد ان تفرغ معدته بالقثطرة . ويستمر على تذوق النبيذ بدون بلعه مدة خمس عشرة دقيقة . ثم يؤخذ الافراز ويفحص كيمياويا ودرس اكار وميلو الطعام البنيني (caféiné) (٠٦١٠ بنين في ٢٥٠ غرام ماء) فكانت النتائج مشابهة لما يبدو في الطرق الاخرى . غير ان استحصال عصارة ليس فيها حامض كلور هيدريك ممكن في هذه الحالة بيد ان الهيستامين يحدث عصارة فيها حامض كلور هيدريك صرف لذلك يجب ان يلجأ الى الهيستامين في تمييز فقد الكلورية (achlorhydrie) عن فقد الحضم (achilie)

عسر الحضم ١ - عسر الحضم العصبي : درس شابرول انواع عسر الحضم فبين له ان هناك عسر حضم عصبي «عدا عسرات الحضم المسببة من التهاب المعدة او هبوطها او التهاب المرارة او الكولون او الامساك او الآفات الولادية» تلعب فيه الجملة العصبية دوراً هاماً وقد سماه التوجن المعدي (gastro-névrose) وهو

ينجم من تأثيرات خارجية أو بنوية أو من اشتراك العاملين معا . ويعد شاربول القمه العقلي والاقياء في العصبيين والتفرث وابتلاع الهواء وألم المعدة العصبي والريل وريل اللعاب المدى وعسر الهضم في المخورين والسوداويين في زمرة هذا الصنف . غير ان فاروا وبومان لا يذهبان هذا المذهب بل يعتقدان أن في اساس هذه الاعراض آفات معدية وان تأثر الجملة العصبية يكون متأخراً لا سابقاً وانواع عسر الهضم هذه في نظرهم هي موهمة لا حقيقية . وتجم عسرات الهضم الحقيقية على رأيها من آفات معدية او حشوية يجب تحريها قبل ان نتهم الجملة العصبية .

٢ عسرات الهضم التالية لاضطرابات الغدد الداخلية الافراغ درس برودن

الاضطرابات الهضمية الناجمة من آفات درقية او كظرية او معشكالية (بنكرياسية)

١ - الدرقية : تشأ من تقصير الغدة الدرقية او من الوذمة المخاطية الدرقية

اضطرابات هضمية اما فرط نشاط الافراز الدرقي وداء بازو فيحدثان جوعاً كاذباً واسهالات متكررة لا يصاحبها ألم عادة والاسان فيها كتن والنفس تن والجسم نحيل وآلام شرسوفية وغثيان تتبعه اقياء مائية او صفراوية

ويكشف فحص افراز المعدة الكيمائي ان الحامض الكلور هيدريك كثير

وفحص الغائط ان هضم المواد الاحينية والنشوية مضطرب وان كمية سائلها زائد وان تفاعلها حامضي ومدة الهضم قصيرة

ويدل هذا كله على تبه الودي مع ازدياد التوتر

ب - الكظر : ان الاضطرابات الهضمية عرض اسامي في قصور الكظر

واذا كان القصور شديداً بدت اقياء لا تكاد تقطع واسهالات غزيرة وهــ

ما جعل المؤلفين يصنون شكلي قصور الكظر الحاد وهما الشكل الميضي والشكل الخلي .

واما القصور المزمن فيبدو بشكل معدي معوي، القمع فيه شديد والاقياء غزيرة نخامية وامساك متناوب مع اسهالات ونهك وانخفاض التوتر

ج - المشكلة : الاضطرابات الهضمية ثابتة في قصور المشكلة وتكون شديدة في الداء السكري المزمن حيث يبدو عسر هضم واقياء متكررة واسهالات ونحول ونوب آلام شرسوفية شديدة تنتشر الى المراق الايمن والكتف اليسني والظهر وتحدث قولنجات كبدية . وتعالج بالانسولين

وتحدث الغدد الداخلية الاغراق الاخرى اضطرابات هضمية فقد ذكر برودن ان اضطرابات المبيض تحدث عوارض كبدية او غيرها سواء كان فيه تقصير ام افراط .

قرحة المعدة : امراضها : كثرت النظريات في صده وبعقد لاندو وغلان انه يعود الى اربعة اسباب : ١ - الاستعداد البنيوي ومعنى ذلك ان الجدار المعدي قليل المقاومة من طبيعته (بور) ٢ - عدم استقرار ولادي في توازن الجملة العصبية النباتية ٣ آفات وعائية عضوية او وظيفية ٤ - انخفاض التوتر الشرياني . ويعتقدان أن للالتهاب والانتان بعض التأثيرات ايضاً ويقولان بان انخفاض التوتر لسبب عظيم وانه ينجم على زعمهما من اضطراب توازن الجملة العصبية النباتية (النموذج النهكي او البلغمي) الذي يؤهل الشخص لقرحة المعدة وانخفاض التوتر في عروق المعدة وباقي اقسام الجسد وقد يقضي الى فاقة دم مستمرة في المعدة فتتقص درجة اغتياها جدارها فيتجه الى التفرج

اما موريس رونو فيعتقد ان قرح المعدة ينجم من التهابا التصليبي القرصي
المستولي على جذرها

ولاحظ كونيو ان افات الغشاء المخاطي اقل اتساعاً من آفات النسيج
الضام وشاهد ان قروح المعدة تبدو في مناطق مغطاة بغدد مخاطية افرازها قلوي
معالجة قرحة المعدة الطبية: أ - المعالجة بالانسولين . اول من بحث في هذه

الطريقة هو فيسلي ثم غونيا فهورفيتس وكانت النتائج حسنة . يبدأ بعشر
وحدات على مرتين ثم تزداد خمس وحدات في اليوم حتى يبلغ المقدار ٥٠
وحدة في اليوم تعطى على مرتين ويكرر استعمال هذا المقدار مدة ٢٠ يوماً ويعطى
المريض غذاءً فيه كثير من المواد المائية الفحمية وينجم شفاء القرحة بالانسولين
من تأثيره في اسراع نذب الجروح الوهنية وتحويل التوازن الحامضي الاساسي
للجهة القلوية وتنبية الحركة المعدية واسراع تفريغ المعدة ومنع العراقل الانتانية
التالية ، والوقاية من النقص الفيتاميني

ب - للدواء الميولينية يداوي لاي مارتن قروح المعدة بحقن العضلات
بهيولين اللبن النقي فيحقن منه بعشرة ستمترات مكعبة مرة في اليومين او مرة
في كل سبعة ايام وتكرر الحقن من ١ - ٧ مرات وقد شفي وتحسن بهذه الطريقة
من المرضى ما تعادل نسبتهم ٨٣,٦٢ ٪

ج - الاستمءاء الفائي : هجعت الالام بهذه الطريقة

د - حمية غنية بالفيتامين : ينصح هاريس المصابين بقروح المعدة او
الاثني عشري باتباع اخذية غنية بالفيتامين

هـ - المداواة القلوية : مستعملة منذ القديم وكان يعزى فعلها الحسن الى

تدليلها لحوضه المعدة . وهي موضع الجدل اليوم غير ان ما لا ينكر من فعلها انها تقصص الالام بسرعة وهناك طرق دوائية اخرى كطريقة المداواة بسيليكاة الالومين غير ان امرها لم يحزم فيه حتى اليوم

معالجة الاثنان السلي

١ - الرجين جوسه (allergine de Jousset) : ليس الألرجين مصلاً

ولا لقاحاً غير انه يهب البنية مقاومة للاتنان . والالرجين مادة مستحصلة من العصيات السلية مجردة من الشحوم لانها غير نافعة ومن السليين لانه مضر . وينصح جوسه باستعمالها في سل العظام والعقد وسل الجلد . ولا يجوز وصفها للمصدورين الا بمجرد زائد وكذلك الامر فيمن كان تفاعلهم شديداً بالسليين . تكرر الحقن كل ثلاثة اسابيع مرة ثم مرة كل ثلاثة ايام . اما المقدار فيختلف من نصف سنتمتر مكعب الى ثلاثة ارباع السنتمتر المكعب وينجم من الحقنة الاولى عادة تفاعل خفيف وتكون الثانية اشد ويعقبها تحسن حقيقي واذا لم يبد هذا التحسن كانت متابعة المعالجة عقيمة . يحقن تحت الجلد بهذه المادة . ويدو في الانسان تفاعل عام شديد غير انه موقت اما التفاعل الموضعي فيختلف باختلاف شدة الآفات ويناسب درجتها

المعالجة بالذهب: قدم ل . برنار وش . ماير الاستنتاجات التي حصل عليها خلال اربع سنوات في ١٢٤ حادثة سل . وكانا يستعملان ثيو كبريتاة الذهب والصوديوم فجنيا منه فائدة عظيمة اذ تحسنت الافات الرئوية وهجعت الحمى وتحسن كثير من الاعراض الوظيفية . ولم يبد معها تفاعلات خطيرة . وينصح هنري مولار باستعمال مقادير صغيرة لا تزيد عن (٠/٢ - ٠/٥) .

وتحسن الآفات في ٥ من مائة حادثة .

اما مضادات الاستطباب فهي : افات المعى والكبد والكلى والاحتقانات
والسل الحاد والسل الجبني والذنف

اما العوارض الناجمة من المعالجة بالذهب فبسيطة اذا كانت المقادير المستعملة
جزئية وهي غثيان وطفن وقمه وحس سفود ونزف رحي . وقد يبدو طلوع
ويلة احينية مشتركة بالتهاب الكلية اولاً والتهاب الكلى واسهالات غزيرة
ونقص في الوزن ونزوف وعوارض جلدية وكلوية ويجب حينئذ ايقاف المعالجة
معالجة السل بنظام جرسون الغذائي : وصف ساوريروك وهرمانسدورفر

وجرسون ويبروكوش غذا لا ملح فيه في معالجة اشكال السل الرئوي : ١- في
الحالات المتبدئة في الجانبين والمتصفة بانسكابات مع تأخر الحالة العامة

٢ - في آفات الرئة التصليية المصحوبة بحصى والاخذة بالازدياد .

٣ - في السلولين الذين افادت فيهم المعالجة الطبية

٤ - في السلولين المقطوع عصبهم الحاجزي (phrénicectionisés) او
اضلاعهم . وقد بنا تحسن في اكثر الافات السلية فلو حظ ان الاشكال الخطرة
تتحول الى اشكال ليفية سليمة ولا سيما في النوعين الاولين المارين الذكر ويصبح
التوسط الجراحي ممكناً ومفيداً وقد بين ج . موزون في مقالة ماهية الحمية التي
لا كلورور فيها . وتقوم هذه الطريقة ايضاً باعطاء المريض سلاح تنقصه .

وقد استعمل الالمانيون في هذا الصدد مادة اسمها مينارالوجان (minéralogène)
يدخل في تركيبها ثلاثة عشر ملحاً عرف منها لبناء الكلس وكبريتاة
الصودا وكبريتاة الصودا المضاعفة وبرومور الصوديوم ، وصواناة الصوديوم

وكبريتاة المغنيزيا ولبناة السترونسيوم وشاب البوتاس وفوسفاة الكلس وتمت
ازوتاة البزموت ويتركب سواغ هذا المستحضر من مادة آحينية وتفاعله
حامضي قليلاً

المعالجة اللقاحية: اخذت المعالجة باللقاحات دوراً هاماً في وقتنا الحاضر
ويعتقد ريو ان اللقاحات تأثيراً نوعياً اياً كان نوع اللقاح: لقاح ذاتي ام لقاح
مستحضر ام لقاح محسس ام مضاد الحمة لبسردكا . وقد بين ما وصل اليه
استعمال اللقاحات ولا سيما بعد ما تحققت فائدتها في امراض الجلد والانبوب
المضضي . اما تيسيه وري وريقاله فيعتقدون خلافاً لريوان تأثير اللقاح ليس
نوعياً بل هو طريقة ماثلة لطريقة المداواة بمولدات الضد (antigénotherapie)
في بدن محسس تجاه مولدة الضد (antigène) فهي على رأيهم مداواة هيولينية
خاصة ليس غير

وقد بين بوانكلو طريقة حديثة في المعالجة اللقاحية تقوم بتلقيح باب دخول
الجرثوم وقد جرب هذه الطريقة في التهابات الحصىة والاحليل السيلانية فكان
منها احسن النتائج ويقول هذا المؤلف بان اللقاح لا يجب ان يحقن به حيث
كان بل المكان الذي ولجت منه الجراثيم المرضية وحدثت الافة

ويعتقد لوتستين ان اكساب المناعة بطريق الجلد امر مهم وقد توصل
الى جعل الاطفال منيعين على الدفتيريا بفرك جلدكم بمسنتبت فورمولي من
عصيات الدفتيريا

وتبين ان التضميد بمضادات حمة بسردكا يجب نتائج باهرة في آفات
الجلد (دمل ، حجرة حميدة ، التهاب الجلد القيحي) . على ان يكرر الضهاد مراراً

الاضطرابات الميضة والتخامية: قد عرف منذ عهد قديم ان بين نشاط الغدة التناسلية والغدة التخامية علاقة عظيمة . تتركب الغدة التخامية من ثلاثة فصوص : الامامي والمتوسط والخلفي ويعتقد سيجره (Siegeret) ان للفص الخلفي صلة مقصودة بالافراز المبيضي . فاذا قل الافراز التخامي نقص ايضاً الافراز المبيضي . وتؤثر رسل (hormones) الفص الامامي الكيماوية في غوا الاغضاء التناسلية . وقد كان هذا البحث موضع مناقشات مؤتمر بروكسل القبالي والسائي سنة ١٩٢٩ في شهر تشرين . وقد قدم بروها (Brouha) تقريراً عن خاتمة الغدتين المذكورتين وفودون (Wodon) عن علاقتهما بالسريريّات اما تأثير الفص الامامي فلم يعرف بعد تماماً . ولا شك انه يؤثر في مجرى المرأة التناسلي وان هذا المجرى يؤثر فيه ايضاً . غير ان طريقة هذا التأثير لا تزال موضع البحث .

اما الفص الخلفي فانه يعمل في الياف الرحم العضلية الملساء فينشط التقلصات الرحمية ويزيد عددها وهو علاج حسن في فتور الرحم غير ان الحذر في استعماله واجب اذ قد ينجم منه تنفع اذا اسيء استعماله

وقد عرف رسول الفص الكيماوي الامامي اختباراً فجرب ستريكر وغروتر (Stricker , Grueter) تأثير محلول خلاصته المائية في الارانب وقد بدا تأثيره جلياً في الارانب غير البالغة ونشط الافراز اللبني والمبيض في الارانب الملقحة . ويستطاع اجراء تفاعل به يختبر بواسطته وقوع الحمل . وحقن كوريه وكل قططاً صغيرة بمقادير متنوعة من الفص الامامي فلاحظوا اولاً دوراً جريبياً ولم تشكلن الاجسام الصفراء الا بتزايد المقادير كثيراً

وقد لاحظ فارتن ان الغدة النخامية هي المؤثرة في القبة .
ولم يكتف المؤلفون بالاخبارات التجريبية فحسب بل استعملوا المداواة
النخامية في النساء فانت بفوائد جمة منها ما بدا لكوت (Cotte) الذي اعطى امرأة
مصابة بقصور افراز المبيض خلاصة الغدة النخامية الامامية فنشطت وظيفة
مبيضها وحلت بعد مدة وجيزة مع ان خلاصات المبيض التي اعطاها اياها غيره
سابقاً لم تنفعها مطلقاً .

وقد تحقق اليوم عمل بعض الغدد بتزويدها لنشاط الغدد الاخرى كتأثير
الغدة النخامية في المبيض وتأثير الخصية والمبيض في الغدة الدرقية .

وذكر آبر (Apert) حادثة ابنة لها من العمر خمسة عشر عاماً حظباء
فائزة القوى مصابة بقصور الغدة الدرقية غير ان التطور الاساسي كان فيما مرتفعاً
فلم تعط خلاصة الغدة الدرقية بل حقنت بخلاصة الخصية فتم شفاؤها في مدة
وجيزة . تفيد خلاصة الخصية في الاضطرابات الروحية المصطبجة باضطرابات
المبيض والحظوب . غير ان الحظوب لا ينجم دائماً من اضطراب الغدة الدرقية
والغدد التناسلية . وقد يبدو فيه قصور درقي مبيضي ، كظري ونخاعي ؛ اما
الشحامة النخامية المنشأ فتشفى بخلاصة الغدة النخامية . وكما ان الشحامة
تنجم من اضطراب الغدد الداخلية الافراغ كذلك الدنف قد ينجم من اضطراب
الغدد المذكورة ايضاً ويشفى هذا الدنف بالاستعضاء الدرقي الانسوليني
والدرقي المبيضي .

مبحث الامراض العصبية

بابونكس وغاييل لوفي

مداواة الفلج العام بالبرداء

ابان كثير من المؤلفين ولا سيما فاغتر جورغ من فينا فائدة البرداء في بعض حالات الفلج العام . ولنبحث اذن عن استطبابات هذه الطريقة ومضاداتها وفوائدها وعن الطريقة الموصلة اليها

يلقح المريض بعامل الحى القى وذلك بان يحقن تحت جلده بـ ٥ سم مكعبة من دم مريض اخر مصاب بنوبة برداء ومدة التفريخ في هذه الحالة خمسة عشر يوماً . توافق هذه الطريقة الاشخاص المتعبين . اما الطريقة الثانية فنقوم بحقن الوريد بـ ١ ٢ سم مكعبة من دم مريض ومدة التفريخ لا تزيد عن ٤ - ٦ ايام وتلائم هذه الحالة الشبان الاقوياء . وقد يسبق النوب في المعالجين بهذه الطريقة حى مستمره ثم تأتى النوبة في كل يوم وتكون غير منتظمة وتبدو في ساعات مختلفة وقد تجتمع منها عراقيل وهي ارتفاع شديد في الحرارة ويقاوم هذا بالكينين او وهط القلب ويشفى بالأدوية المقوية للقلب .

وبعد ان تطرأ على المريض عدة نوب توقف المعالجة باعطاء الكينين بطريق المضخم (غرام يومياً ثلاثة او اربعة ايام ثم يعطى خمسين سنتغراما لثلاثة ايام) ومتى شفيت البرداء بوصف للمريض الثوب على ان يتناول ستة غرامات في ثمانية اسابيع .

ثم تجدد النوب حسب احدى الطريقتين . وتستعمل الطريقة المبكرة في

المالزين الذين لا يتحملون اكثر من ٥ - ٦ نوب

وتستعمل الطريقة المتأخرة فيمن خابت فيهم المعالجة وذلك بعد عشرة الى اثني عشر شهراً من المعالجة الاولى او فيمن استفادوا فائدة مؤقتة وعادواهم المرض . وتنفع هذه المعالجة في الفالج العام في الدور الذي لا تكون قد تكونت فيه بعدافات عضالة اي قبل العته واللمم (*gatisme*) والذنف

ولا تستحسن هذه المعالجة متى تقدم المرض او كان المريض طاعناً في السن او في بعض الامراض كسل الرئة وآفات الكبد الحادة او المزمنة وامراض الكلية والقلب غير المعاوضة اما النتائج فهي الحية في ثلث الحاديات ونجاح فسي في الثلث الثاني ونجاح باهر في الثلث الثالث ويستمر التحسن في الحالة الاخيرة خمس سنوات او عشر . ويقول لرميت ان نجاح المداواة بنقل البرداء واضح للعيان لا تشابه في هذا الصدد اي طريقة اخرى .

العقم (*stérilité*)

اوجدت طرق جديدة للاستقصاء في باطن الرحم والتغير بالاشعة بعد حقنها باللييودول . وقد وضع كل ، بكلر كتاباً جزيل الفائدة بين فيه فائدة الطرق الجديدة في كشف انفتاح البوق او انسداد . وتدل مشاهداته على ان كثيراً من آفات البوق لا تكشفها السرييات بل تعرف بالاستقصاء اللييودولي بسهولة . ويمتقد ان ٥٠ ٪ من النساء العقييات مصابات بانسداد التغيرين ويقول دوفرنه ان طريقة الضمل لمعرفة سبب العقم هي ما يأتي :

١ - يفحص مني الرجل

٢ - تفحص اعضاء المرأة التناسلية ليعرف ما اذا كانت مصابة بالتهاب

الفرج والرحم او ملحقاتها

٣ - ولا يجوز مباشرة الاستقصاء في النفيّر الا متى كانت الاعضاء التناسلية سليمة او بعد ان تكون عولجت وشفيت .
 فاذا بدا النفيّر ان مسدودين كانت النتيجة عقيمة ومتي كانا مفتوحين كانت النتائج حسنة بعض الحسن وقد ظهر من الابحاث الاخيرة ان لافراز الغدد الداخلية الافراغ اهمية عظيمة

التراخوم (trachome)

• اصبح هذا المرض منتشرًا في اكثر اقطار المعمورة وقد وضع كونبود وثلثاف (Cunéod et Nataf) كتابًا كان ملخص تجارب سنين عديدة ويذكر المؤلفان في صدر الكتاب امرًا مهمًا جدًا وهو ان التراخوم غير الرمد الحبيبي . والرمد الحبيبي في نظرم هو عرض مختلط مؤلف من تراخوم صريح معرقل بالتهابات المنضمة الحادة وهذا ما يجعل سير المرض التهايبًا .
 اما التراخوم الصرّف فلا علامات التهاية شديدة فيه والمهجات الحادة ليست في الحقيقة الا اتانات معرّقة . وذكر ان هذا المرض كثير في آسية وافريقية وسيره فيهما خطر غير انه ليس نادرًا لا في اوروبة ولا في اميركة وان في الكرة الارضية ملايين من الاشخاص المصابين بالتراخوم .
 يبدأ المرض خلصة باعراض شخصية بسيطة ولا يستشير المريض طبيبه الا بعد ترقى المرض كثيرًا فتكشف حينئذ العلامة السريرية الهامة وهي ظهور الحبيبات .

وتنشأ هذه الاجربة الحبيبية من اجربة بلغمية طبيعية وتستقر اولًا في الجفن العلوي فتستر حافة الغضروف العلوية . وهذا هو دور المرض الابتدائي

ثم ينتشر المرض فتستولي الحبيبات على الملتحمة الغضروفية في الجفن العلوي وعلى قسم من ملتحمة الجفن السفلي والخصية (caroncule) . ويبدو حيثئذ غالباً سبل قرني ويدل هذا العرض على انتشار المرض الى الابلتيوم القرني ويأخذ السبل اولاً شكل هلال واقع في قسم القرنية العلوي ويصاحبه انسداد نصفي في الجفن . ويتربك السبل من بارزات صغيرة تشبه اجربة الملتحمة ويتجه السبل الى الانتشار وقد يستولي على سطح القرنية كله ويتعرقل بنقرحات قرنية سيرها مختلف . ثم يدخل التراخوم في دور الندب فتظهر في الجفن العلوي ندب دقيقة وقد تنصر ملتحمة الارتاج فتؤلف لجاماً . ويبدو بعد مدة مختلفة تكثف في الغضروف ويصعبه تشوه خاص في الجفن بدعو الى تكون الشعرة وذلك بانقلاب الحافة الهدية فتلامس الاهداب الطبقة القرنية

اما التشخيص فصعب في البدء ويلتبس المرض بالتهاب المنضمة الجراحي ويلتبس اجربة التراخوم بالاجربة الطبيعية . غير ان الاجربة الطبيعية منفصل بعضها عن البعض الآخر ولها شبكة وعائية قليلة النمو مستقرة في محيط الاجربة اما حبيبات التراخوم فمعاطة بعروق نامية ترى بالعين او بالعدسة وقد لا يمكن تمييز التراخوم عن التهاب المنضمة الجراحي الا بمراقبة سير المرض اما تشخيص التراخوم القديم فاسهل من تشخيصه في بدئه ويدعم التشخيص بالسبل وكثرة الحبيبات في الجفن العلوي وملاحظة الندب

اما طرق المعالجة فكثيرة جداً ويستعمل الموءلفان طريقة يسميها الكشط (xysis) وهي تقوم بابطال حس العين بتقطير الكوكائين ثم كشط الحبيبات الواقعة في الجفن العلوي بمجرفة كليلية فحادة . وتجري العملية نفسها في الجفن

السفلي ثم يكشط قسم الحافة القرنية العلوي والسبل ولو لم يكن السبل ظاهراً ومتى انتهى الكشط يحقن الموءلفان تحت المنضمة البصلية بمحلول مركب من كينوس الزئبق والديونين والكوكائين ثم يمسدان بمحاض البور المنضمة المكشوفة ويقطران من محلول الانزويين وكبريتاة النحاس ويستعملان مرهماً يدخل فيه الكافور والنحاس (campho cuivre) ويستران العين بضاد يترك بضعة ايام على ان يدخل كل يوم قضيب كليل مسطح من الباور بين الجفن العلوي والقرنية تحاشياً للاتصاق

ويساعدان هذه لمعالجة بأدوية مقوية للبنية وبقطرات ومراهم ومسح بقلم كبريتاة النحاس ويشفى بهذه الطريقة ٧٥ ٪ من المرضى وذلك في بضعة اشهر بعد عملية الكشط ولا بد من معالجة التراخوم المعرقل بأفات اخرى بصبر وتجلد مدة من الزمن . ويعتقد الموءلفان ان التراخوم ينجم من فوعة راشحة داء الرز (Bérubéri)

ينسب نول برنار داء الرز الى العصيات المنهكة (bacillus asthénogenes) تحدث هذه العصيات التهاباً في اعصاب عديدة او كساحات في حيوانات التجربة . ويعتقد كثير من الموءلفين اليوم ان فقد الحيوين (الفيتامين) وحده لا يكفي لتعليل الاعراض التي تظهر في داء الرز الانساني وقد ابان كوتو من البرازيل ان هذا الداء قد يظهر في اشخاص لا يأكلون الرز . وذكر ترايو عدة مشاهدات من هذا الصدد . ويتجه ترايو الى الاعتقاد بأن الرز السيء النوع يساعد على احداث هذا المرض وفي ذلك رجوع الى النظرية القائلة بالتسمم باشباه القلويات التي توجد في الرز المحتر

الضنك

ان وافدات الضنك في عامي ١٩٢٧ - ١٩٢٨ التي استولت على بلاد اليونان وآسيا الصغرى حملت الموءنقين على البحث فيه في كل حذب وصوب وقد كان لهذه الوافدات سير خاص لانها كانت منهكة ومعدثة لاحققات في اعضاء مختلفة ومعركة ومحنة للاعصاب واجدثت طلوعات تشبه طلوعات الحصبة مما دعا ترابو الى تمييز النوعين بعضهما عن بعض . وتبين ان الضنك يوءثر في الكظر ويشاهد في امكنة مرتفعة لا بعوض فيها ويقول سامي بك ان الاصابات كانت عديدة حتى انها تدعونا الى نبذ فكرة انتقال المرض بالبعوض لأن الانتقال لو كان يقع بالبعوض لوجب ان توخر به الوف من الاشخاص في آن واحد ويعتقد ان قبول فكرة العدوى لأفضل بكثير واقرب الى الصواب . وهنا ما جعل موءلني معهد دمشق يتساءلون عما اذا كان ضنك البحر المتوسط ليس مرضاً خاصاً مميزاً عن ضنك البلاد الحارة

وقد وضع هذا السؤال معهد دمشق في النشرة الطبية رقم ٠٣٩ واستنتاجات مدرسة دمشق قاطعة غير انه لا بد من المناقشة في هذا الموضوع لأن النداء ظهر وافداً . ولا يخفى ان الوافدات تتصف بصفات خاصة لا تنطبق على وصف المرض البلدي .

ويعتقد ثانون ان الجزم في هذا الشأن سابق لأوانه سيما وان الضنك مرض كثير الاشكال وانه لا مجال لتمييز ضنك البحر المتوسط عن ضنك البلاد الحارة .

ويعتقد ترابو ومرشد خاطر كما يعتقد بلن وكامينوتروس انه ليس لواخرة

الوريد تأثير في العدوى وذكر ترابو الفروق ما بين حى الايام الثلاثة والضئك .
وقد اظهر بلن وكامينو بتروس ان البعوض الارقش الذي يعيش في غرفة مريض
مصاب بالضئك ينقل العدوى ولا يبدو المرض الا بعد تسعة ايام من الخزن ؛
وانه يبقى حاملاً للجراثيم مدة ١١٥ يوماً . ومتى نام البعوض في البرد يبقى
حاملاً للفوعة خمسة اشهر . وقد توصل اندرسون وكولابكلور وماد ورينو
ودينو وروزنفلت الى استنتاجات مماثلة . غير ان كارداماتيس يعتقد بتأثير
واخزة الوريد في نقل المرض بشكل خفيف

اما من الوجهة السريرية فلو حظ ان الاشكال المدرسية نادرة وقد شوهدت
اشكال عصبية مع اقياء وحصر واتجاه الى الاغماء وطلوع في الوجه وارتفاع
حرارة الملتحات وقد لاحظ جوانيدس (Joannides) تغيرات في الكريات الحمراء
فبلت وحيدات النواة متكاثرة وظهرت في هيولها تكثفات نووية . والتغيرات
في كثرات النوى المعتدلة اشد مما في وحيدات فقد بدت فيها فجوات وتميز نووي
واستحالة .

وتمتاز اشكال المرض في الاطفال بحرارة فجائية تبلغ الى ٤٠ ثم تهجع
الحرارة ولا يلبث ان يظهر طلع قرمزي . وقد كان الطم حاكاً ذير انه لا يتلوه
توسف . ولا شيء جديد في صدد المداواة . اما تأثير مصل الناقه فموقت



خلاصة مؤتمر بوردو «ثمة»

«٨»

للدكتور انستاس شاهين

رئيس ميريوات امراض الاذن والانف والحنجرة

٣ - معالجة الصداعات العصبية

يصعب جداً تصنيف الطرق الدوائية المختلفة وتخصيص كل قسم من الصداعات بفئة منها لان المريض لا يصل غالباً الى التخصص بالامراض العصبية الا بعد ان يكون قد استشار متخصص العين والانف والاذن والحنجرة ويجب على المتخصص بالامراض العصبية ايضاً قبل ان يبدأ بمعالجة مريضه ان يفي كون الصداع ناجماً من رضوض او جروح او امراض اثنائية او استعداد بنوي او تسمم او اختلال هضمي او داء قلبي وعائي او رئوي او اختلال في الغدد ذات الافراز الداخلي ويرى نفسه مضطراً في بعض الاحيان الى استعمال الادوية لتشخيص سبب الصداع فيتوصل بعد التردد الى معرفة سببه ويصف له علاجاً مضاداً للسبب وليس مسكناً .

ولذلك كره على سبيل المثل الصداعات ذات المنشأ القهفي الباطن وننتخب من هذه الفئة نوعين نوعاً يستدعي المداواة الطبية وهو الصداعيات الناشئة من

تمهات السحايا ونوعاً آخر تصح فيه المداواة الجراحية وهو الناجم من اورام الدماغ .

١ لا بد من معرفة تبه السحايا أولاً ثم معرفة سبب ذلك التنبه وما اذا كان ناجماً من التهابات السحايا بفعل الجراثيم الخاصة او بفعل الامراض الاتانية العامة او داء الافرنج او بفعل السموم الخارجية او الداخلية ومتى عرف السبب يبدأ بمعالجته بالطريقة الدوائية .

أ - يحارب المنبع المسبباً بالمصول او بالأدوية المضادة لللاتان والمضادة للزهري حسب السبب وهكذا يزال العنصر المسبب نفسه .

ب - يقاوم فعل العنصر المسبب وسمومه المتراكمة في م . د . ش باستخراج قسم من هذا المائع يزل القناة الشوكية او البطينات ويضاف الى هذا التحفيض بعض الطرق التي تكون بمثابة غسل م . د . ش .

ج - واستخراج قسم من م . د . ش مفيد ايضاً في تخفيف الضغط الذي يزداد في حالات التهاب ويعد بمثابة معالجة خلقية للصداع الذي يزول بتخفيف الضغط .

٢ - ومتى ثبت ان في الدماغ ورماً كانت المداواة جراحية وهي درجات لا بد من التأكد اولاً ان المداواة الطبية لم تأت بفائدة وان المداواة المضادة للزهري لم تثمر وارث المداواة بالاشعة بعد تجربتها لم تكن منها النتيجة المطلوبة فمتى ثبت هذا يفكر بالتوسط الجراحي ولا سيما متى رأى الكحال ان الانتظار لا فائدة منه وان الضغط اصبح شديداً ويخشى منه فبقضى الاسراع باجراء العملية .

اما العملية الجراحية فيجب ان تتبع الطريق الذي رسمه لها التشخيص مع شيء من التعديل بالنسبة الى الطوارئ . وان تقدم فن جراحة الرأس في المدة الاخيرة بفضل جهود العلماء الكثيرين كفيكتور هورسلي الذي رسم الطريق الموصل الى الدماغ وكوشينغ (Cushing) صاحب الطرق الجراحية الكثيرة وغيرهما من جراحي الدماغ قد سهل الصعاب واصبح ما كان يخشى منه في الماضي أو ما كان مستحيلاً سهلاً النال . واذا لم تكن النتائج جميعها مرضية فاننا نستطيع ذكر الحوادث الكثيرة التي يفتخر بها اليوم فن الجراحة ولا سيما عمليات دي مارتل وفنسن

فان تعيين مكان الورم تعييناً دقيقاً والوصول اليه واستئصاله كل هذا قد اصبح سهلاً بفضل الجهود الكثيرة التي ابداهها اختصاصيو الامراض العصبية وجراحوها .

وعليه فالتشخيص الباكر امر يتعلق به نجاح العمل الجراحي ومتى شخص الورم ومقره سير اليه واستؤصل .

والاستئصال هو غاية الجراح فيه تسكن الالام ويستأصل منبعها فلن تعود وقد نصل قبل ان ننهي جميع ادوار عمليتنا الى بعض النتيجة لان الالام تسكن متى فتح القحف فبعد ان نزرع القطعة العظمية المراد نزعها توصلنا الى الجوهر العصبي المصاب يظهر لنا ان م . د . ش مزداد ضغطه ازدياداً شديداً وتبدو الأم الجانوية متبججة وقد يكون اتباعها شديداً حتى ان نبضاتها لا يظهر . فظهر اذ ذاك فائدة بزل البطينات فيسهل بعد البزل شق الأم الجافية واجراء العملية

اللازمة . والبزل القطني او البطني قبل العملية مفيد جداً اجتناباً لبعض الاختلالات التي قد تحدث اثر فتح القحف فجأة فضلاً عن ان البزل يخفف عن المريض كثيراً من آلامه التي لا تحتمل

ولكن بعض العوارض يعجز البزلان البطني والقطني عن اجتنابها لا بل اجراء البزل يزيد في اخطارها فهي تنجم منها او من جروح الدماغ التي ينصب فيها قسم كبير من م . د . ش وما سبب هذه العوارض التي منها الصداع الانخفاض ضغط م . د . ش .

ثالثاً : قد استنبط لهذه الغاية طريقة حديثة خلفية تفيد في كلا الشكلين اي في الصداعات الناشئة من ازدياد ضغط م . د . ش وهي بالوقت ذاته تحول دون انخفاض ضغط المائع .

وقد كشفت هذه الطريقة بفضل تجارب ويد (Weed) وماك كيين (Mc Kibben) فجربت على الحيوانات فنجحت كل النجاح وهي تقوم بحقن الوريد بمحلول زائد التوتر (hypertonique) فيملأ الضغط بسرعة مدة الحقن كلها ثم يليه هبوط واذا حقن الوريد بالماء المتطرقاً بطيئاً يحدث عكس ما حدث في المرة الاولى اي يرتفع ضغط م . د . ش حين الحقن ويهبط بعده ويستمر الهبوط عدة دقائق ثم يعود الى الصعود وقد طبق هادين (Haden) هذه الطريقة في الانسان فعالج مريضين مصابين بالتهاب السحايا الحاد بحقن اوردهم بمحلول مسكر العنب الكثيف .

و يعتقد كوشنغ وقوله (Foley) ان النتائج نفسها تجتني باعطاء هذا المحلول بطريق القم .

وقد عم أخيراً استعمال هذه الطريقة بأشكالها المختلفة لمكافحة زيادة ضغط م . د . ش . او نقصه

ولكن النتائج لا تطول مدتها فيجب إذن ان يكرر استعمالها . وهناك شيء آخر يخفف من أهمية هذه الطريقة وهو أنها لا تأتي بالنتيجة نفسها في جميع الأشخاص وقد اختبر ويد وماك ليدين هذا الأمر في الحيوانات فبعد ان قاسا ضغط م . د . ش في كل من الحيوانات المختبر بها بمقياس كلود والتوتر الشبكي في العين بألة ييليار (Bailliar) وجدوا ان النتيجة لم تكن متساوية في جميع الحيوانات وجرب كلود ولا ماش وكويل ودوبار (Claude Lamache Cuel et Dubar) هذه الطريقة بمقن الوريد او اعطاء المحاليل بطريق الفم او الشرج ففي ٥٠ حادثة استعملوا المحلول الكثيف وفي ١٨ الماء المقطر فوجدوا ان النتائج لم تكن متساوية بما يتعلق بازدياد الضغط او بنقصه وبمدى استمراره .

واستنتجوا ان استعمال هذه الطريقة يجب ان يمحصر في حوادث قليلة مثال ذلك . استعمال الماء المقطر بالطريق الوريدي يفيد كثيراً في هبوط ضغط م . د . ش الحاد الناشئ من رض او من بزل قطني .

وكذلك محلول السكر الكثيف يمكن استعماله في الصداعات العنيدة وفي مداواة عوارض البزل القطني الناشئة من ازدياد الضغط ويجب ان يستعمل المحلول بطريق الفم .

ولا يجوز استعمال هذه الطريقة في جميع الصداعات الناشئة من ازدياد ضغط م . د . ش . لان استعمالها الذي لا يجدي نفعاً حينئذ يحدو بنا الى اهمال الوسائط الاخرى التي يمكنها ان تأتينا بالفائدة المطلوبة كالبزل

القطني ويحملنا على نبذ الوسائط الجراحية التي من شأنها ان تشفي المريض الشفاء التام . ولكن على الرغم من هذه التحفظات لا يزال الكثيرون مصرين على استعمالها نظراً الى سهولتها والى الحية التي يلاقيها الجراح في كثير من عملياته على المخ . واذا لم يحقن الوريد تعطى المحاليل الكثيفة بطريق الشرج وخير محلول شرجي هو محلول سلفاة الماينزا بنسبة ٤٠ - ٥٠ ٪ . يحقن من هذا المحلول بمائة سم يطاء زائد اي قطرة قطرة .



مطبوعات حديثة

١ - اطروحة الحكيم في الصيدلة ب . مطر عن عصيات الكولون في مياه الشرب

لجأ الانسان الاول الى السكنى على ضفاف الانهر ومزجت بنيته بالماء الذي يدخل في تركيب الانسان بما يعادل ٧٠ ٪ وهذا الماء لازم للحياة حتى ان الكثيرين يقدسونه فالهنود يقذفون حتى اليوم في نهر (الغنج) دراهم فضية تبركاً به . وقد قدس الماء المصريون والفينيقيون واليونانيون والرومانيون . وكانت هذه الأقسام تسعى الى المحافظة على طهارة الماء حتى ان احد الكهنة المصريين وضع للمحافظة على طهارة ماء النيل شروطاً قاسية اشد من القوانين الصحية المتبعة اليوم . وكان المصريون يقيمون الاعياد احتفالاً بطوفان النيل وبلقون فيه تقديساً له اجمل فتاة في مصر . وقد زالت هذه العادة السيئة بفضل عمرو بن العاص .

وقد عدد ابو الطب ابقراط في كتابه عن الهواء والأقاليم والحياة الصفات اللازمة للماء ليكون شروباً

وهو ان لا يكون مستنقماً

وان يكون بعيداً عن القنوات القذرة

وان يكون صافياً ورائحاً

وان يكون خالياً من الرسوب

وان تكون حرارته منخفضة في الصيف فيطفيء الظلماً والماء ومقبولة في الشتاء .

وقد أبان النابغة باستور دور الجراثيم في تلويث المياه وكيفية انتشار الاوبئة بها وببحث عن العصيات الكولونية في الماء الشروب علان احدهما الماني غرتنر (Gartner) والثاني فرنسي فنسان (Vincent) والعلماء اجمكان (Eijkmann) وبونجان (Bönjean) واييمو (Imbeaux) ابحاث قيمة في صد المياه الشروبة وببحث عن المياه الشروبة ايضاً ميكل وذنير وغيلر وروشه ولما كان الدكتور مطر من ابناء النيل هذا النهر المقدس الذي يحول الصحراء الى ارض خصبة رأى ان الواجب يدعوه الى درس اقدس شيء في مصر وهو ماؤه ها كيف لا والدين الاسلامي يحرم استعمال الاثرية الكحولية والاقليم يساعد على انتشار الاوبئة لذلك جعل عنوان اطروحة البحث عن العصيات الكولونية في المياه الشروبة وقد بحث في الفصل الاول عن صفات الجراثيم المجردة وعن كيفية تمييزها عن عصيات الكولون العامة وفي الفصل الثاني عن المستنبتات المستعملة في كشف هذا الجرثوم وفي الفصل الثالث عن تحري هذا الجرثوم في المياه وفي الفصل الرابع عما يدل عليه وجود هذا الجرثوم في الماء وبحث في الفصل الخامس عن آرائه الشخصية في هذا الصدد وفي الفصول الاخرى عن امور كيمياوية جمعت فأوعت

وقد خص القسم الثالث من كتابه النفيس بالبحث عن تأثير الكلور في العصيات الكولونية وعن تعقيم مياه الشرب بهذه الطريقة تقع الاطروحة في ١٦٤ صفحة مطبوعة على ورق صقيل ومكتوبة بلغة

فرنسية علمية عالية دالة على ان المؤلف قد جمع بين الادب والعلم فنحن نترف
الى الدكتور مطر تهاثنا القلبية بفوزه ونشكر له هديته هذه القيمة

الدكتور

سوكته موفى الشطي

٢ - اطروحة الدكتور نظم الميداني عن السبعة (غلو كوم) الرضية

ان التقصيات الحديثة جعلت المتبعين يحصون كنه الامراض
ويقفون على دقائقها وهذا ما وقع في السبعة التي كانت تظن مرضاً خاصاً فاذا
بالابحاث الجديدة تبين ان ازدياد التوتر في العين ليس الا تاذراً يبدو في
حالات متعددة، وعليه وضعت هذه الاسماء الجديدة في الكتب المدرسية: السبعة
الحادة، الخفيفة الحدة، المزمنة، التزفية، التالية، الامر الذي دعا الزميل
السيد ناظم الى الكلام عن السبعة الرضية. كان يظن ان هذه الحالة نادرة على
ان مقياس التوتر وشيوع استعماله ابدى لنا ان ازدياد التوتر الرضي ليس
كثير الندرة

يبحث المؤلف في القسم الاول من اطروحة عن تاريخ السبعة الرضية
وفي القسم الثاني عما يتعلق بالامور السريرية من تناذر واشكال واعراض وفي
القسم الثالث عن التشريح المرضي وفي القسم الرابع عن الامراض وفي الخامس
عن المداواة. وكانت استنتاجاته قيمة نذكرها فيما يلي:

١ - السبعة الرضية آفة نادرة بعض الندرة تمتاز بهجمة ازدياد توتر
حاد في العين واقعة اثر رض العين رضاً مقصوداً وتختلف مدته وخطاره

باختلاف الافة التي احدثت الرض

٢ - المشهد السريري هو مشهد نوبة سعيقة حادة . وتتبع هذه النوبة

في سيرها احد الناذج الآتية :

أ - شكل بطيء يشفى عفواً بمدة وجيزة .

ب - شكل حاد واضح الاعراض يختلف مدته من بضعة ايام الى بضعة

اسابيع يشفى بالمداواة الطبية ولا يسبب في المستقبل الاعطالاً وظيفاً خفيفاً

ج - شكل شديد سيره مستمر ومترقٍ الافات فيه خطرة يعصى المداوام

الطبية ويتحسن احياناً بالتوسط

وهناك شكلان اخران يسبب الاول جسماً اجنبياً في باطن العين والثاني

السعيقة المزمنة

٣ - وقد تبين من الحالات التي امكن درسها نسجياً ان الافات ناجمة من

تبدل الجملة الوعائية مع نزوف هدية مشيبيية شبكية

ولا تبدوافات النهاية مطلقاً

وقد شوهد في بعض الحالات الخطرة تمزق القرزجية وانخلاع الجسم

انخلاعاً جزئياً او كاملاً وساد ونزوف غزيرة في الجسم الزجاجي وانفصال

الشبكية وتقر الحليبة

٤ - اما الأمراض فمجهول

٥ - المداواة متنوعة فهي طبية في الاشكال الحفيقة .

وقد عرف حديثاً ان حقن وراء البصلة بالكظرين مفيد جداً في الحالات

الحادة ومسكن للالام ويخفف للتوتر متى لم يفض الى الشفاء ساعد العمل

الجراحي وتبذل القرنية او تنزع القرنية خزعا واسعا .
ولا بد من فحص العين في الاشكال الموءمة الشديدة الألم والمصطحبة
بضياح العين الوظيفي
فنحن نشكر لزميلنا الفاضل هديته داعين له بالنجاح في حياته الطبية
المجددة .

الدكتور

سوكنة موفى الشطي

٣ - كتاب تهذيب الاخلاق

اهدى الينا حضرة الاديب الفاضل مراد فواد حقي رئيس تحرير مجلة
الحكمة بالقدس كتاب تهذيب الاخلاق الذي عني حضرة الاديب المشار اليه
بنشره وتعليق حواشيه .

والكتاب المذكور هو واحد التصانيف الكثيرة التي وضعها ابو زكريا ،
يحيى بن عدي التكريتي الفيلسوف السرياني الشهير المولود حوالي سنة ٨٩٣ م
والتوفي في بغداد سنة ٩٧٢ م واما الكتاب فموضوع بحثه يعرف من عنوانه ،
فهو رسالة فلسفية قيّمة يتناول فيها مصنفها موضوع الاخلاق بالتحليل الدقيق
فيعرفها ويذكر الاسباب الموجبة لاختلافها ، ثم ينتقل الى محاسنها ومقاييسها
وما يجب ان يتخلّق به الانسان من السجايا والفضائل ليكون انسانا كاملا ،
وغير ذلك من الموضوعات التي تتفرع من الموضوع الاساسي . وكل ذلك
باسلوب بليغ يستهوي القارئ ، ويحمله على الاستزادة منه كلما أمعن
في قراءته .

وقد صدر الكتاب ناشره بمقدمة نفيسة أبان فيها الغرض من نشر الكتاب في هذا العصر التي تدهورت فيه الاخلاق الى الدرك الأدنى . وألحق المقدمة بفصول يشتمل احدها على سيرة المؤلف وعدد الرسائل والمقالات والكتب التي وضعها ، فاذا هي اثنان وسبعون . فشكر حضرة الناشر الاديب على هديته النفيسة وثني عليه لما ابداه من التدقيق العلمي في ملاحظاته وتعليق حواشيه . ونحث الادباء والعلماء والمهذبين على اقتناء الكتاب لما فيه من الفوائد الاخلاقية والفلسفية الجليلة متمنين ان ينال الكتاب ما يستحقه من الرواج والانتشار

سريـل



اللجنة الفاحصة الفرنسية في معهدنا الطبي

جرت العادة ان تؤم المعهد الطبي في نهاية كل سنة لجنة فرنسية تعينها المفوضية العليا لاجراء الفحص الاجمالي (الكولوكيوم) وقد تألفت لجنة هذه السنة من الكومندان سوليه (رئيس) والكابتن لوزرال والكابتن الصيدلي توارز (عضوان) وقامت بامتحان الطلبة المنتهين من اطباء وصيادلة في يومي السبت والاحد الواقعين في ١٣ و ١٤ حزيران المنصرم ولما جاءت الساعة الخامسة من بعد ظهر الاثنين الواقع في ١٥ حزيران اجتمع اعضاء اللجنة وعميد الجامعة السورية ونائب رئيس المعهد الطبي واساتذته والطلبة في مدرج الجامعة الكبير ولم يستقر بهم المقام حتى نهض رئيس اللجنة الكومندان سوليه فالتى خطابا تلخصه بما يلي:

يسعدني الحظ للمرة الثالثة بان اكون احد اعضاء اللجنة الفاحصة وبان اتحقق تقدم هذا المعهد المستمر واسمع باذني الاجوبة السديدة التي اجابنا بها الطلبة الامر الدال على تضلعهم من العلوم الطبية والتبحر فيها وقد سررت هذه السنة اذ سمعت بعضكم يعرب عن افكاره باللغة الفرنسية فاستبجت ان بعضكم يتقنونها وان جميعكم يعرفونها المعرفة الكافية وفي معرفة هذه اللغة فائدة عظيمة لكم لان اللغة العربية على اتساعها لم تبلغ فيها الحركة العلمية حتى الان ما بلغت في اللغات الاوربية لست انكر ان اساتذتكم الافاضل ينقلون اليكم كل مستحدث وان المؤلفات التي وضعوها لكم لمن خيرة المؤلفات غير

ان الوف الكتب التي تصدر كل سنة في فرنسا لا يستطيع اصدارها جميعها
بالغة العربية . فاللغات الاجنبية لا مندوحة لكم اذن عنها في المستقبل واقبالكم
عليها لا كبر دليل على تحقيقكم ما اقول :

ثم تلا اسماء الاطباء والصيدالة الذين جازوا الامتحان بنجاح وهم :

الاطباء

السادة : احمد الطباع دمشق

امين شكر الله مصر

عزة مر بدن دمشق

علي التتواني دمشق

الانسة لوريس ماهر دمشق

السيد ممتاز المالح دمشق

» هاشم الجندي حمص

الصيدالة

السادة : ابراهيم بطرس مصر

احمد محي الدين الشريف دمشق

حسين الخربوطلي دمشق

رثيف الفيوفي طرابلس

معيد الشهابي حلب

شهاب الدين السعدي دمشق

فضل الله الشاع صيدا

فهي الحفار دمشق

محمد مصطفى نجيا بيروت

ناصر يعقوب مصر

فقول خطابيه وهذه النتيجة الباهرة بالتصفيق الحاد .

ثم تلاه الدكتور هاشم الجندي أحد الأطباء الجدد والتي كلمة ملؤها
 العواطف الرقيقة والشواعر اللطيفة نحو المعهد الذي تخرج منه فكانت كل عبارة
 من عباراته تتم عن عرفانه بالجميل متكلماً بالاصالة عن نفسه وبالنيابة عن رفاقه
 وعقبه الصيدلي سعيد الشهباني أحد الصيادلة الجدد فالتقى خطاباً فرنسياً بليغاً
 عن تاريخ نشأة الصيدلة ورقها مينا فيه فضل العرب على الكيمياء والصيدلة
 وما كان لدمشق وبغداد في زمن الحضارة العربية من المقام العلمي السامي وكيف
 انهما كانا المنارتين المضيئتين اللتين كانت تهتدي بانوارهما قطار العالم الى ان
 دالت دولة العرب وقامت لهذا الفرع في اوروبه عروش وبرزت في هذا المضمار
 البلاد الفرنسية وان دمشق قد دبت روح الحياة العلمية فيها الان ومعهدنا
 الطبي خير برهان عليها فعسى ان يمثل هذا المعهد المشهد التي مثلته دمشق القديمة
 وان يكون مبعث العلم العربي الحديث

ثم ابدى عواطفه الرقيقة نحو اساتذته وشكر اللجنة الفاحصة عناها وعطفها
 وبعد ان اديرت المرطبات انفرط عقد القوم داعين للمعهد بمراصلة
 الازدهار والرفي .

القبالات المجازات

انتهت امتحانات القبالات في منتصف شهر حزيران المنصرم ونالت

الشهادات القانونية :

الأوائس :	شكوية بهجت	حلب
	زهرة صيدلي	حماه
	رشيدة ميسر	حلب
	وصفية كامل	حلب
	سماد حجار	حلب
	مطبعة ملاح	حلب
	فخرية مصطفى	حلب
	املي شنتوس	لبنان (اميون)
	نفيسة فزي	حلب
	شكوية حلمي	حلب

وقد كانت اجوبتهن في الامتحانات سديدة دالة على تضلعهن من العلوم التي درسنها . ولما كانت الحاجة ماسة الى القبالات القانونية العالمات باصول هذا الفن والواقفات على قواعد الطهارة فاننا نعتقد تمام الاعتقاد بانهن سيقمن بأجل الخدم وبقلصن رويداً رويداً ظل القبالات الجاهلات كما اتنا نوءمل ان السيدات سيقبلن عليهن ويقدرن العلوم التي درسنها حق قدرها ، فالى تلميذاتنا الفاضلات اخلص تهانئنا بما احرزن من النجاح

٢٠٥٠

حفلة توزيع الشهادات على خريجي معدي

الطب والحقوق

عينت الجامعة السورية موعداً لتوزيع الشهادات على خريجي معديها
الطبي والحقوقي يوم الاحد الواقع في التاسع والعشرين من حزيران سنة ١٩٣٠
الساعة الخامسة بعد الزوال

ونظمت برنامجاً للحفلة لتخلله انغام موسيقية تقوم بتوقيعها نخبة من
الموسيقين تحت اشراف الموسيقي الشهير الموسو بلنغ وهم الانستان روزلين ملوك
ونجلا عسبي والسادة جوزف شحلاوي والياس نحات والياس الضباي وقد
ابده الموسيقيون كل الابداع وسحروا الالباب بالحنانم الشجية التي كانت تأخذ
بجوامع القلوب كل مأخذ .

غير ان هذا البرنامج قد بتر والنبي الخطابان اللذان كان قد اعدهما الدكتور
هاشم الجندي والسيد حامد ناجي باسم خريجي معدي الطب والحقوق في هذه
السنة ولكتنا سندرج هذين الخطابين لكي يطلع قراؤنا الكرام على ما مجول في
قلوب ابناء الجامعة من عواطف الاخلاص والشكر لها

قبل ان تدق الساعة الرابعة بدأ المدعوون بتوافدون افواجاً افواجاً ولم تأزف
الساعة الخامسة حتى غص المدرج الكبير على رحبه، اروقته وفناؤه وظل عدد
عديد من المدعويين وقوفاً وقد عين لكل طبقة منهم جناح خاص وكان في صدر
الدرجة فخامة رئيس الوزراء وبعض وزرائه الفخام ومادة مستشار المعارف
ومعالي عميد الجامعة والرئيس الأعلى للصحة والاسعاف العام الموسو جود

وبعض اعضاء اللجنة الفرنسية الفاحصة التي جاءت خصيصاً هذه السنة لفحص طلبة معهد الطب الفرنسي في بيروت والى عين الدكة اساتذة معهد الحقوق وبعض كبار الضباط الفرنسيين والى اليسار اساتذة معهد الطب والموسقيون . ولما استقر المقام نهض معالي رئيس الجامعة الاستاذ رضا سعيد بك فألقى خطاباً^(١) كان له الوقع الجميل وقد قوبل بالتصفيق مراراً ونهض على اثره السيد مختار احد كتبة معهد الطب فقرأ ترجمة خطاب العميد باللغة الفرنسية ثم تقدم معالي رئيس الحقوق الاستاذ عبد القادر العظيم وبدأ بتلاوة اسماء مجازي الحقوق هذه السنة فكان كلما تلا اسماً نسمع عاصفة من التصفيق شديدة ثم يتقدم صاحب الاجازة فيتناول شهادته ويعود الى مكانه

واما اسماء المجازين فندرجها ادناه مرتبة على حروف المعجم :

السيد	ابراهيم فرجة	السيد	بشور حداد
»	ابو الهدى حسيبي	»	بكر صدقي
»	احمد علاف	»	بهاء الدين صالح
»	اديب الخفي	»	توفيق الفرام
»	اديب جبور	»	توفيق رفاعي
»	الياس لطيف	»	توفيق سان
»	امين فخله	»	جميل سلطان
»	انطون بستاني	»	جوريج خوري
»	انطون بقاعي	»	جورج سعد
»	برهان سمعان	»	حامد ناجي

(١) تنشر في هذا الجزء خطاب معالي عميد الجامعة فقط نظراً الى ضيق المقام وفي جزء
تشرين القادم الخطب الاخرى التي القيت والخطابان اللذان لم ينفسح الوقت لالتفاتهما .

السيد	حسني حافظ	السيد	عبد اللطيف المرت
»	حسيب اسعد	»	عبدالله نيازى
»	حسين جميل	»	عبد النبي مراد
»	حلمي منجد	»	عيد غلمية
»	حليم جباره	»	فاخر كيالي
»	حليم حداد	»	فارس شينغو
»	خالد فوق المادة	»	فارس ضو
»	ذهني حسيني	»	فريد خوري
»	رائف سلطان	»	فريد محمود
»	رائف غوري	»	فؤاد بولس
»	رضا عظمة	»	فؤاد رملي
»	رمزي عظم	»	فواز سليمان
»	رياض مفلح	»	فوزي رفاعي
»	زكي محاسني	»	كامل عويدان
»	سامي حكيم	»	كعدي فروع
»	سري حساني	»	لطني ديب
»	سعيد عسيران	»	محمد العرب
»	سليم حتي	»	محمد القدسي
»	سهيل خوري	»	محمد القصبجي
»	شفيق صيداوي	»	محمود باكيد
»	صبيحي موصلي	»	مختار حسيني
»	صلاح الدين خياط	»	مصطفى عظم
»	صلاح الدين الصالح	»	ملك عظمة
»	عادل برازي	»	ميخائيل خوري
»	عادل حمدان	»	ميشال رعد
»	عبد القادر ملك	»	نبيه جبل

السيد	نسيم ايوب	السيد	وجيه حلاج
»	نصوح حفار	»	وحيد خريوطي
»	قولا خير	»	وديع ابو حديد
»	نور الدين جومريه	»	وديع عسيان

وبعد ان انتهى مجازو الحقوق من تناول اجازاتهم نهض سعادة نائب رئيس معهد الطب الاستاذ طاهر عبد المؤمن فبدأ بتلاوة اسماء الاطباء فكان كل طبيب يتقدم من الدكة ويضع يده اليمنى على المصحف اذا كان مسلماً او على الانجيل اذا كان مسيحياً ويقسم اليمين القانونية امام ذلك الجمع الحافل الذي لم تشهد الجامعة له مثيلاً في فحلاتها ثم يتناول شهادته ويعود الى مكانه ولا بد لنا من ذكر الانسة لوريس ماهر خريجة معهد الطب هذه السنة فانها لم تكذب لتقدم من الدكة حتى دوى التصفيق شديداً في القاعة وكانت ترسم على وجوه الحضور في تلك الدقيقة امارات السرور والاعجاب لزوئتهم آنسة هي الاولى في الدولة السورية تخرز شهادة الطب

ثم جاء دور الصيادلة فوزعت عليهم الشهادات كاخوانهم الاطباء بعد ان اقسام كل منهم اليمين القانونية

ونلتهم القوابل فأتين جميعن واقسمن اليمين وسلمن شهادتهن وقد صفق الحضور لمن تصفيقا شديداً متواصلاً .

اما اسماء الاطباء والصيادلة والقوابل فاننا نضرب صفحاً عن ذكرها لانا ذكرناها في غير مكان من هذا الجزء .

ولم يكذب ينتهي توزيع الشهادات وتعزف الموسيقى بعض الالحان حتى نهض الاستاذ سعيد الغزي فتكلم بصفة كونه من اقدم خريجي معهد الحقوق .

وكان خطابه متقناً والقائه فصيحاً وقد قوطع مراراً بالتصفيق وتلاه على الأثر الدكتور حسني سبيح فتكلم ايضاً بصفة كونه من اقدم خريجي معهد الطب مقابل بين حالة المعهد في السنة التي تخرج فيها وبينها الان فكان كلامه صورة ناطقة للتقدم المحسوس الذي تقدمه المعهد خلال تلك السنوات القصيره ودليلاً واضحاً على انه يسير بخطى واسعة في ميدان الرقي فكان خطابه جميل السبك قابله الجمهور بالارتياح والسرور .

ثم عزفت الموسيقى بالحنانها الشجية وكان الوقت قد حان ليتكلم الدكتور هاشم الجندي والسيد حامد ناجي باسم خريجي معهدى الطب والحقوق في هذه السنة غير ان فخامة رئيس الوزراء تقدم من المنبر وألقى خطابه منياً الحفلة بين عاصفة من التصفيق ثم ارفض القوم متدفقين من ابواب ذلك البناء الفخم يدعون لهذه الجامعة بمتابعة الرقي والازدهار .

م . خ .

خطاب عيد الجامعة السورية

يا صاحب الفخامة ، سيداتي ، سادتي :

تحتفل اليوم جامعتنا السورية للمرة الثانية احتفالاً مشهوداً بتوزيع الشهادات على خريجي معهدنا الطبي والحقوقى ، وقد دعتكم لتشرفوا هذا الاحتفال بحضوركم لأمرين ، عربية لكم بهذه المناسبة عن شكرها الجزيل لتكرمكم بالحضور .

اولهما : لتنظروا بعينكم هذه الثمرات الياقة التي جادت بها شجرتا هذين المعهدين في هذه السنة . لكي تروا رجال القد بعد ان سلمتهم جامعتنا سلاح العلم الماضي وكل منهم متأهب لخدمة بلاده الخدمة الصادقة التي لا تشوبها شائبة بالعلم الذي خصص نفسه به لكي تسمعوا بأذانكم اليمين المغالطة التي سيقسمها كل من خريج المعهد الطبي قاطعاً على نفسه بان يكون صادقاً في مهنته اميناً في تعاملها روءافاً بالفقراء سائراً حسبما يقضي به الشرف والشهامة غير مضع بالمصالح العامة حباً بالمصالح الخاصة وان في لفظ هذه اليمين المغالطة علناً ما فيه من الذكرى التي ترافق الانسان حتى النفس الاخير من حياته فكيف بها اذا لفظت امام قوم كرام تحلوا باسمى الصفات وتجلبوا بجلاب الشهامة والانفة فعى ان يمثل هذا المشهد امام عيون خريجين الاعزاء في كل دور من ادوار حياتهم العملية وان يكونوا ابداءً مثلاً للنزاهة والاستقامة فيفتخروهم المعهد الذي انجبهم ويباهي .

وثاني الأمرين : هو إيقافكم سادتي على التطور المقبل الذي سيطرأ على

المهدين في السنة القادمة . ان الحكومة الجليلية كانت ولا تزال نذراً الى هذا الموضع
العلمية يد المساعدة فتشملها بعنايتها وترغب في ابلاغها الى اسمى مستوى علمي
فلا عجب اذا رأيناها تشط القائمين على رأسها منفذة البرامج التي تصوغها عقول
هؤلاء الرؤساء والاساتذة بعد التفكير الطويل والتحصيص الشديد ، ان
برنامج الدروس في معهد الحقوق سيطراً عليه بعض التبدل وسيطور وفقاً
لتمتصيات هذا العصر وتطور البرامج في البلاد الاخرى الراقية . والحكومة الجليلية
تجد هذا الامر وميل ميلاً شديداً الى اتمام ما فيه خير المعهد ونجاحه وعليه فان
برنامج الدروس سيلحق به بعض التبدل في السنة المقبلة فيحدث في المعهد
ثلاث شعب .

الأولى للإدارة والمالية والثانية للقضاء المدني والثالثة للقضاء الشرعي ، فبعد
ان ينال المجاز اجازته في الحقوق يترك له الخيار اذا شاء الاختصاص بمتابعة دروس
احدى هذه الشعب التي يختارها فيخصص نفسه بها وينال الشهادة الناطقة
باختصاصه ويتمكن حينئذ ان يتقن الفرع الذي يختاره حق الاتقان وان يكون
في المسلك الذي سلكه مجيداً لامعاً قادراً على خدمة بلاده الخدمة المفيدة وهذا
التطور صفحة مجيدة في تاريخ معهد الحقوق يحق له ان يفاخر بها لان تكيف
البرامج وفقاً لحاجات البلاد هو سر النجاح واما معهد الطب فانما لم يطرأ شيء
على برامج النظرية وهي وقد وضعت طبقاً لبرامج ارقى معاهد اوربا فسيزداد
شيء جديد على برامج العملية .

تعلمون سادتي ان الطب قد ولد من الاختبار والتجربة فهو اذاً وليد العمليات
لا النظريات فانما لم تتوفر وسائط العمل لأساتذته كانت التعاليم التي يلقونها

تلاميذهم ناقصة مبتورة وقد رأت ادارة الجامعة ان المستشفى المرتبط بها في حالته الخائرة ليس فيه ما يكفي لجميع الشعب العملية وعلى الاخص ما يتعلق بفن التوليد وامراض النساء ووجدت ان فن التوليد يحتاج الى دار للتوليد حديثة معتزلة عن المستشفى العام يقوم فيها طلبة الطب وطالبات القبالة بدرس هذا الفن درساً عملياً دقيقاً فرفعت خطتها للحكومة الجليلة فلم تلاق منها الا تشيظاً وأن الجامعة السورية تنتم هذه الفرصة السعيدة لتعلن لكم انها ستضع في المستقبل القريب الحجر الاول لبناء دار التوليد ولتطلعكم على ان الجامعة السورية قد اسست خزانة للكتب يعود اليها تلامذة معاهد الطب والحقوق والاداب في مطالعاتهم ودراساتهم وقد وضعت فيها النواة الاولى هذه السنة من كتب الحقوق والطب والاداب فبلغ عددها زهاء ثلاثة آلاف مجلد وستعنى الجامعة في المستقبل بجمع كل مستحدث ومفيد من الكتب في هذه الخزانة لتصبح جامعة ومرجعاً لرواد العلم .

كما انها توجه اخلص عواطف شكرها للحكومتين الجليلتين الوطنية والمنتدبة لما لاقته منهما من التشييط والحث على متابعة العمل رافعة الى فخامة رئيس الوزراء المعظم ووزرائه الفخام ما تكنه من شواعر عرفان الجميل . هذان هما الامران اللذان شأت ادارة الجامعة السورية ان تعلنها لحضرتكم في مثل هذا الاحتفال السعيد اما الان فاننا سنبدأ بتوزيع الشهادات على مستحقها من اطباء وصيادلة وحقوقيين .

صناعة حمض الليمون

« ٣ »

للككتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكي

تحليل ليمونة الكلسيوم: ليمونة الكلسيوم الموجودة في المتجر قد تكون غير مشبعة بالحمض او حاوية فحماة الكلسيوم بكمية كبيرة . لذلك يجعل منها نموذج وسط يؤخذ منه قدر غرام واحد ويوضع في جفنة صينية يضاف اليه مقدار كاف من محلول حمض الكبريت المعايير هـ/ق لتحليل ليمونة الكلسيوم (٨٠ سم . م على التقريب اذا كانت الليمونة تحتوي على كثير من الفحماة) ويسخن الجميع فيتم التفاعل فتتكون من جهة كبريتاة الكلسيوم فترسب وينفصل من جهة اخرى حمض الليمون ويبقى ذائبا :



٥٧٠

٢٩٤

١٢٠

٤٠٨

٣٦

ما . كبريتاة الكلسيوم حمض الليمون حمض الكبريت ليمونة الكلسيوم وبعد تسخين السائل قليلاً يعدل فعله وهو حار بمحلول البوتاس المعايير هـ/ق فتتكون ليمونة البوتاسيوم $C_6H_5O_7K_3 \cdot H_2O$. يرشح بعد ذلك وتغسل كبريتاة الكلسيوم المترسبة بالماء الحار . تجمع الرشاحات والفسلات وتغلى ويضاف اليها ١٥-٢٠ سم . م من محلول كلور الكلسيوم (ج) فتتكون ليمونة الكلسيوم

من جديد . فتتبع عندئذ طريقة تقدير العصارة المضاف اليها كلور الكلسيوم .
ولأجل ذلك يغلى السائل نصف ساعة لترسيب ليمونة الكلسيوم ثم يرشح
من ورقة ترشيح برزليوس موضوعة على قمع جولي ويفسل الراسب بالماء الحار
خمس مرات أو ست ثم تعدل الفسالات بقطرة من روح التشادر وتكتف
لتفصل عنها ليمونة الكلسيوم التي قد تنسرب من القمع .

تجفف ورقنا الترشيح ثم تكلسان ويوضع الرماد في جفنة مع قطرة
من الماء ويعجن يدهاون زجاجية ويعالج بكثير من محلول حمض الكبريت د/ق
يسخن بعد ان تضاف اليه قطرة من صبغة عباد الشمس مشعراً ثم يعاير بمحلول
البوتاس المعاير ه/ق حتى يستحيل اللون الاحمر الى ازرق ويحسب مقدار حمض
الليمون في المائة من النموذج بضرب عدد الستيمتر المكعب المصروف
برقم ١٦٤

لنفرض انه اضيف الى الرماد ٥٠ سم . م من محلول حمض الكبريت
المعاير ه/ق وصرف ٥ سم . م من محلول البوتاس المعاير ه/ق فيكون نموذج
ليمونة الكلسيوم محتوياً على

$$٥٠ - ٥ = ٤٥ \text{ سم . م}$$

$$٤٥ \times ١٦٤ = ٦٣ \text{ غراماً}$$

بالمائة من حمض الليمون المبلور .

الطريقة الطليانية الرسمية لتحليل العصارة هي طريقة وارنغتون ذاتها

غير ان ليمونة الكلسيوم تفحص كما يلي :

١ يوضع في بوتقة بلاتينية ذات غطاء غرامان من ليمونة الكلسيوم

المسحوق ناعماً ، ويكلسان أولاً على لهب ضئيل مع الانتباه الى وضع البوتقة بارتفاع ٣٠ سم ثم تخفض تدريجاً (ليكون التكليس بطيئاً وذا دخان خفيف) حتى يمس اسفلها النار ثم يذكي الالهب ويثابر على التكليس حتى يبيض الرماد تماماً . تطفأ النار ولما تبرد البوتقة تولج في قدح مستطيل بسعة ١٥٠ سم . م ويضاف اليه ٢٥ سم . م من محلول حمض الكلور يدريك النظامي (sol.normale) وينطى بزجاجة ساعة ويغلى بلطف على لهب ضئيل حتى يذوب ما في البوتقة تماماً . ينزع حينئذ الغطاء عن القدح وتخرج البوتقة بفضيب زجاجي معقوف على شكل زاوية حادة وتغسل بدقة خارجاً وداخلاً وتجمع الفضالات في القدح نفسه . يضاف الى السائل قطرتان من محلول فنول الفنتاين بنسبة ١ بالمائة (phénolphthaléine) ويعاير على الحرارة (٦٠° تقريباً) بمحلول الصود النظامي (sol.normale) حتى يبدو اللون الاحمر الزاهر . ثم يطرح ما صرف من محلول الصود النظامي مما وضع من محلول حمض الكبريت النظامي وبحسب من الرقم الناتج ما يصيب المائة .

٢ اربعة غرامات من ليموناة الكلسيوم توضع في قدح بسعة ١٥٠ سم . م ويضاف اليها ٣٥ سم . م من محلول حمض الكلور يدريك النظامي وتغلى بلطف بعد ان يغلى القدح بزجاجة ساعة ويفش الزبد الذي يطفو بتحريك السائل من حين لآخر . ثم تغسل زجاجة الساعة ايضاً ويعاير السائل الناتج بمحلول الصود النظامي حتى الاعتدال باستعمال ورقة مغموسة بصبغة عباد الشمس مشعراً . يطرح ما صرف من محلول الصود ، مما وضع من محلول حمض الكبريت

ويحسب ما يصيب المائة والناتج يضرب برقم ٠٦٠٥ للحصول على مقدار فحاة الكلسيوم بالمائة .

ثم يطرح عدد م . م المستحصل في العملية الثانية من العدد المستحصل بالعملية الاولى ويضرب الناتج برقم ٠٦٠٧ للحصول على مقدار حمض الليمون بالمائة .

....

استحصال حمض الليمون

العمليات التي تطبق على عصارة الليمون لاستخلاص حمض الليمون هي :

١ - اشباع العصارة المددة بالماء بفحاة الكلسيوم وترسيب ليمونة الكلسيوم .

٢ - تحليل ليمونة الكلسيوم وفصل حمض الليمون مذاباً .

٣ - تكثيف محلول حمض الليمون وتخليته^(١)

٤ - اذابة الخثر وتصفيته وإزالة لونها .

٥ - تبلير حمض الليمون .

٦ - معالجة المياه الاصلية الباقية .

٧ - معالجة الخثر الثانوية . « البحث صلة »



(١) خثر الدواء تجفيفاً حثيثاً إلى جعله حبيبات .

مَجَلَّةُ المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٣٠ م الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٤٩ هـ

التخدير القطني في مستشفى دمشق العام

للدكتور مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية وسريرياتها

قرأت الجزء العاشر من هذه المجلة الزاهرة^(١) وطالعت فيه خلاصة الجلسة التي عقدتها في بيروت جمعية الاطباء والصيدالة الموقرة في ٢ نيسان سنة ١٩٣٠. فعثرت فيها على تخوف بعض زملاء من التخدير القطني ونفورهم منه ولما كنت من دعاة هذا التخدير ومن يستعملونه في جميع التوسطات الجراحية الواقعة تحت السرة متى لم يكن في المرضى المخدرين ما يمنع استعماله جئت بمقال هذنا مينا بالارقام النتائج التي جنيتها من هذا التخدير في السنوات الخمس الاخيرة لان الارقام خير من الكلام على ما أرى .

لست انكر ان لهذه الطريقة محبذين ومستنكرين وان مستنكريها وصموها

(١) يعني بها المجلة الطبية العلمية التي تصدر عن بيروت لان هذا المقال نشر فيها.

بما شاؤوا من المخاذير والعيوب وان البعض ينسبون اليها العراقيل العديدة دون ان يستعملوها مرة واحدة في حياتهم وان بين هؤلاء اساتذة اعلاماً يشار اليهم بالبنان ويستهوون كلامهم العديدين ممن يسمعونهم او يقرأونهم ولكن لا ننس أن في المدن الكبرى ولا سيما في العواصم الأوروبية احزاباً علمية شبيهة بالاحزاب السياسية وان الاستاذ الاول يستنكف عن استعمال ما يجذبه الاستاذ الاخر لانه ابدى رأياً مختلفاً في الموضوع حين ظهوره ولا يزال متمسكاً به حتى النهاية والاراء في التخدير متنوعة متضاربة لان المخدرات كثيرة العدد ولكل منها دعاة فلا عجب اذا رأينا للتخدير القطني اعداداً يسبقونه بالسنتيم الحداد وينسبون اليه كل فرية وبما ان المبادئ الطبية سهلة الانتشار واعلانها على صفحات المجلات الطبية يؤثر التأثير الشديد ولا سيما في من خرجوا حديثاً الى ميدان العمل ولم يسمح لهم اختبارهم بان يحكموا في الموضوع الذي يقرأونه حكماً شخصياً رأيت ان اتناول بحث التخدير القطني وابدي رأيي فيه وما لاقيته منه من الحسنات ورغبت قبل ان أجيء على حسناته ان اذكر السيئات التي ينسبها اليه مستكروه وان اسرد اسماء بعض هؤلاء الاساتذة الاعلام الذين يسدون اليه سهام تقدم لثلاث تستهوي شهرتهم بعض الزملاء فيظنون ان ما يصدر عن تلك العقول الراجحة منزل لا يجوز مسه ولا تبديله .

اذكر في مقدمتهم الاستاذ جان لويس فور ومن لم يسمع بشهرة هذا العلامة الباريسي والثريات الطبية ملائى باراته الثاقبة ان جان لويس فور لم يستعمل التخدير القطني ولا مرة واحدة في حياته ولن يستعمله غير انه

لا يترك فرصة تسنح دون ان ينقد هذه الطريقة نقداً مرّاً فهو يفضل التخدير العام عليه ويقول: «ان تخدير المريض التام هو الامنية التي كانت تثوق اليها الجراحة منذ نشأتها وان نوم المريض يدفع عنه التنبه والخوف فهل يجوز ان نبذ هذه الامنية بعد بلوغنا اياها ونعوض عنها بطريقة يبقى المخدر فيها بمستلوك حواسه وسامعاً ما يجري حوله ان لم يكن شاعراً به» وهو لا يعتقد بصحة الاحصاءات التي تعلن لان الاحصاءات السيئة تظل مكتومة حسب زعمه .

ثم اذكر جان كاموس (Jean Camus) القائل : «ان في ادخال مادة سامة للتأحية التخاعية ما فيه لانتالنا نعلم الى اية علو يصعد هذا السم ولا الى اي قسم من المحور العصبي (nevraxe) يسدد ضرباته»

ولا انسى ما ير من بروكسل الذي مارس هذه الطريقة في بدء ظهورها واجرى منها نحو مائة تخدير ثم عدل عنها لانه بعد ان اجري عملية فتق محتق مات مريضه بانسداد الامعاء ولم يجد بعد فتح جثته ما يعلل به هذا الانسداد فنسبه الى شلل الامعاء الناجم من استمرار التخدير . والاسماء كثيرة اضرب صفعاً عن ذكرها لانني لا اري في بحثي هذا الى سرد اراء الجراحين المنشين في اطراف البسيطة بل غاييتي ان ابين المحاذير التي ينسبونها الى هذه الطريقة وادحضها باقوال عدد من مارسوا هذا التخدير وبما استتجت من اختباراتي الخاصة .

الطوارئ والعوارض : ينسب مستكرو هذا التخدير اليه عدداً من الطوارئ .

والعوارض مع انه برآء من اكثرها ان لم يكن منها جميعها .

١ - خيبة التخدير: وهي على نوعين فاما ان تكون تامة فلا يتمكن الجراح من بزل القطن والحقن بالمادة المخدرة لتحرك المريض او لعيب في عموده الفقاري او انه يتوصل الى بزل القطن ويشعر انه قد اخترق رتج الام الجافية غير ان السائل لا ينصب من الابرة لحفة ضغط المائع او لوجود حجاب يفصل القناة عدة مساكين او ان السائل ينصب والمخدر يحقن به غير ان التخدير لا يقع .

واما ان تكون خيبة التخدير جزئية واعني بذلك ان التخدير لا يصل الى الناحية التي يراد اجراء العملية عليها بل يبقى تحتها او ان التخدير يكون قصير المدة فلا يتمكن الجراح من اتمام عملياته بل يضطر الى اكملها بمخدر آخر او ان يكرر تخدير القطن مرة ثانية .

او ان يكون التخدير ناقصاً فلا يزول الشعور بالألم بتاتاً بل يبقى بعضه فيزعج المريض والجراح معاً .

فرداً على هذا المحذور الاول اقول ان الحية التامة نادرة جداً ولا تستحق ان تذكر وقد صادفتها في مريضين كانا مصابين بالجنف (scoliose) فلم يتمكن من بزل القطن فيهما وهذا لا يعتد به اذاء ١٥١٥ حادثة تخدير يدور عليها احصاؤنا الحاضر . واما الحية الجزئية فقد صادفتها بما يعادل واحد في المائة والاحصاءات الاخرى كاحصاءات كوت ولانوس واندره ورش وسوام يتراوح معدل الحية فيها بين ٣ - ٢٠ /٠ .

غير ان لهذه الحية اسباباً لا بد لنا من ذكرها ليجتنبها من ينسبون الى التخدير القطني هذه القرية فمنها ما يعود الى الجراح نفسه لان البزل لم

يحسن صنعه ولان المخدر قد ضاع منه القسم الكبير منصبا بين الابرة والمحقنة ولان المحلول عوضاً عن ان يحقن به داخل الرئج السحائي حقن به خارجه ولان المخدر قليلة كميته ولان الابرة المستعملة ثخينة يبقى الثقب الذي احدثته مفتوحاً بعد نزعها فينصب منه المائع والمخدر معاً وغير ذلك من الامور التي يترتب على الجراح اجتنابها اذا كان لا يرغب في ان يجيب بمهتة .

وقد لاحظت ان للمخدر نفسه الدور الكبير في هذه الحية ففي صباح احد الايام بينما كنت اجري عدداً من العمليات لاحظت ان احد المرضى لا يتخدر تخديراً حسناً فسألت الممرضة ان تبدل العلبه التي تأخذ منها حبابها (امبولاتها) بعلبة اخرى فتم التخدير حسناً في المرضى الاخرين وما ذلك الا لان المخدر متى قدم العهد عليه يفقد كثيراً من خواصه ولان الحباب قد يكون في بعضها من المخدر اقل مما في البعض الاخر ولان المحلول قد يكون تبدل تركيبه وتحلل بفعل التعقيم الطويل المدة فعاد قليل الفعل

ومن الاسباب ما يعود الى الشخص المخدر نفسه فاما ان تكون فئاته مفصولة بموجب تمنع مرور المخدر لتفاعل سحائي اصابه سابقاً او لترتب تشريحي خاص واما ان يكون عصيباً شديد التنبه او سوى ذلك فكل هذا لا يحيط من مقام التخدير القطني ولا ينقص من قيمته .

٢ - الغثيان والقيء يتبدل بمعدل وقوعها تبديلاً كبيراً بحسب الجراحين والاحصاءات التي يقومون بحجمها فينا نرى بول ريش يقول بندرتها ونون بروم بانها شاذة ولا تستحق ان تذكر نرى بروغليو وسانتني ولانوس يقولون بكثرة وقوعها اما نحن فلم نصادف الغثيان والقيء الا بمعدل $\frac{1}{2}$ / ١٠ فضلاً عن اننا لم نر

مطلقاً غثياناً أو قيئاً مزعجين .

وانما تنسب هذا العارض الى انخفاض توتر المائع الدماغى الشوكى اكثر مما تنسبه الى تسمم مركز القيء البصلى ولعل الاحتياط الذى تأخذ به بانتقاء ابرة دقيقة وبوخز السحايا وخزة واحدة يخفف من هذه الطارئة لانه يمنع انصباب المائع الدماغى من الثقب الذى أحدثته الابرة الواخزة في السحايا .

٣ - التشوشات الدورانية : التى ينم عنها شحوب الوجه والعرق البارد والاتجاه الى الغشي وصغر النبض وهذه العوارض متفاوتة الشدة والدرجات وما سببها الا خفة التوتر الشريانى السريع الذى يحدثه هذا التخدير وقد نهى الى هذا الامر في الحرب الكبرى امام جمعية الجراحة الباريسية كانوا وسنار وأبادي وعرف منذ ذلك الحين ان التخدير القطنى لا يجوز استعماله في من كان توترهم منخفضاً : في المصدومين والنازفين والفقيرى الدم وسواهم فاذا ما روعيت هذه القاعدة زالت هذه العارضة بتاتا

فيجب والحالة هذه ان يقلص التوتر الشريانى قبل التخدير حتى اذا كان منخفضاً يعدل عن هذه الطريقة وعلى من يريد البحث والتقصي ان يقيس التوتر قبل التخدير القطنى وفي سياقه ولا سيما بعده بعشرين دقيقة فيكون درسه مفيداً لان جميع الجراحين مجمعون على ان التخدير القطنى ينقص التوتر غير انهم لم يدرسوا الامر عن كثب ولم يبينوا في احصائهم هذا الامر بدقة ليعرف معدله ولا ذكروا العمليات التى يخف الضغط فيها اكثر من سواها ولا اوضحوا انخفاض الضغط قبل البدء بالعملية لمجرد التخدير وحده وبعد البدء بها اى حينما يضاف فعل العملية المصادم الى فعل المخدر فان عمليات البطن ينخفض

فيما التوتر أكثر من العمليات الأخرى .

لست أجعل ان فورغ درس هذا الامر في ٥٠ مخدرأ من مرضاه درسا دقيقا وانه استنتج ان الضغط الأقصى قد انخفض في ٣٠ منهم بين ١٠ و ٣٠ وفيه الباقيين انخفض الضغط الأدنى من نصف درجة الى درجتين غير ان هذا الاحصاء القليل العدد لا يكفي لاستنتاج نتيجة مفيدة

اما نحن فنستطيع القول باننا لم نشاهد من هذه العوارض الدورانية ما هو خطر ولم نحتاج ولا مرة واحدة الى فك يدي المريض المربوطتين لاجراء التنفس الاصطناعي له بل جل ما كنا نرى وذلك قليل جداً في بعض مرضانا المخدرين بعض العوارض التي يخالها الطبيب للمرة الاولى مقدمة للغشي نعني بذلك شحوب الوجه وضيق نفس وضجراً وعرقاً بارداً يليل الجبين والعنق والصدر وضعفاً قليلاً في النبض وبعض الابطاء فيه غير ان هذه العوارض جميعها كانت تنقشع بعد بضع دقائق فكان يعود المريض الى حالته الطبيعية دون ان تكون ثمة حاجة الى حقنه بمقويات القلب وازافة بعض السموم الى عضويته .

.....

جميع الطوارئ التي ذكرناها تقع في اثناء التخدير غير ان منها ما يقع بعده ولا بد لنا من ذكره لئلا يقال اننا نسعى الى ستر محذور من محاذير هذه الطريقة مع ان غايتها هي اظهار المحاذير وتقدمها واتنا نذكر منها

١ - ارتفاع الحرارة مع عرواء في أكثر الاحيان ، يبدو غالباً مساء العملية تعود الحرارة الى الدرجة الطبيعية في الغد او تستمر يومين او ثلاثة ايام . وارتفاع الحرارة هنا قد يلقى الجراح لانه يوقعه في الشك بين ان تكون الحمى ناجمة من

التخدير القطني او من تعفن جراحي غير ان الحى المرتبطة بالتخدير لا يتبدل فيها النبض وعدا ذلك فان العلامات الموضعية تنفي تعفن الجرح .

٢ - الصداع والخزرة (rachialgie) : لا ننكر ان بعض المخدرين يشكون

صداعا متفاوتا الشدة والمدة اثر التخدير القطني وان هذا الصداع كثير الوقوع اذا عدنا صداعاً ألم الرأس الخفيف الذي لا يلبث ان يتقلص ظله في اليوم الثاني او الثالث وألم الرأس الشديد العنيد الذي يلازم المخدر ولا تتجع فيه الوسائط الدوائية العادية غير اننا اذا ميزنا هذين النوعين من الصداعات رأينا ان النوع الشديد قليل الحدوث واذا عدنا الى احصائنا وجدنا ثلاثة مرضى فقط من ١٥١٥ مخدراً قد اصابوا به واضطربا حالتهم الى حقن ورديهم بالماء المقطر بعد ان خابت الطرق الدوائية الاخرى واننا ننسب هذا الصداع الى نقص التوتر في المائع الدماغى الشوكي والى بقاء الثقب الذي احدثته الابرة في السحايا مفتوحاً وانصباب المائع منه . وهذا العارض الذي يخشاه كثير من الجراحين ويحملهم على نبذ التخدير القطني يزول متى راعوا الشروط التي ذكرناها آنفاً ولا سيما متى كانت الابرة دقيقة . ولنا ننكر ان عدداً من المؤلفين يذكرون ان معدل الصداع اكبر كثيراً مما ذكرنا غير اننا نعتقد تمام الاعتقاد ان احصائهم قد ذكرت فيها الصداعات الخفيفة والشديدة معاً .

اما الخزرة فهي اقل حدوثاً من الصداع ولم نصادفها الا في مريضين وهي متى ظهرت قصيرة المدة وكثيراً ما تشترك والصداع معاً .

٣ - تشوشات المبرات (sphincters) وهي سلس البول والغائط والاسر

(retention d'urine) والحصر (retention fecale) اما سلس البول والغائط

فيقول فيه "فون برون انه لا يستحق ان يدعى عارضاً ولا محذوراً من محاذير هذا التخدير فضلاً عن انه طارئة نادرة الحدوث لا تعترى الا المضعفين والمدنفين من المخدرين ونحن لم نصادفها مطلقاً في مرضانا .

واما الاسر والحصر ولا سيما الاسر فهو العارض الذي نصادفه كثيراً واننا نقسم المرضى الذين يصابون بالاسر قسمين : القسم الاول ينطوي تحته المرضى الذين يصابون به بعد التخدير مباشرة والقسم الثاني يضم المرضى الذين يصابون بالاسر بعد التخدير ببضعة ايام .

اما القسم الاول فهو ذو علاقة بالمادة المخدرة وما من ينكر هذه الحقيقة واما القسم الثاني فلا علاقة له على ما نرى بها لان المريض الذي خدر تخديراً قطنياً وبال بعد التخدير يومين او ثلاثة او اكثر بولاً طبعياً ثم طراً عليه فجأة أسر لا يحق له ان يكون من الزمرة الاولى ولا يحق لنا ان ننسب اسره الى المخدر بل يجدر بنا ان ننسبه الى عوامل اخرى اهمها التهاب اوردة الحوض لان هذا العارض يطرأ ايضاً بعد التخدير العام كما يقع بعد التخدير القطني .

اما القسم الاول فيبلغ في احصائنا اربعين في المائة ومدة الابر هي من يوم واحد وثلاثة ايام وقد بلغت في مريضين اسبوعاً كاملاً وهذا نادر على ان جميع الحالات كانت تزول دون ان تترك اثرآ .

واما الاسر المتأخر فلم نصادفه في مرضانا مطلقاً .

٤ - تفاعلات سحائية : لم نصادفها ابداً مع انها مذكورة في احصاءات كثيرين (مازونه ، بوشه ، سيلهوان ، لا كلرك وغيرهم) وهي على ما نظن ذات علاقة بحالة المريض العصبية السابقة واننا نرى ان الجراح الذي يتنعم عن التخدير

القطني في المصابين بأفات عصبية او في من كانوا قد اصابوا بها لا يخذ اثرًا لهذه التفاعلات السحائية ونعتقد ان هذه التفاعلات لا تظهر في من كان جهازهم العصبي سليماً فعلى الجراح اذن قبل تخدير مريضه ان يعلم ما اذا كان قد اصيب بالتهاب الدماغ انومي او بعوارض سحائية سابقة كانت قد طرأت عليه في سياق مرض غفني اوسوى ذلك من الامراض العصبية

نقول هذا عن التفاعلات السحائية اللاجرثومية اما التهاب السحايا الجرثومي فليس لنا ان نقول شيئاً فيه لانه ينجم من خطأ الجراح واهمال التعقيم .

٥ - شلل الطرفين السفليين : ذكر بعضهم هذه العارضة واحصاؤنا خلومنها وقد شاهدنا منها حادثتين في مرضى سوانا اثر التخدير القطني غير ان الاولى وقعت في السنوات الاولى من استعمال هذه الطريقة اذ كان الكوكائين مستعملاً في التخدير والثانية على اثر الحقن بكمية كبيرة من الستوفائين .

٦ - شلل اعصاب التمحف : نادرة جداً واحصاؤنا خلومنها ولم نر منها ولا حادثة اثر التخدير القطني .

الموت : ان احصاؤنا خال والمحدثه من هذه الطارئة الفاجعة والنسبة في الاحصاءات الاخرى لا تتجاوز ١-٣٠٠٠ وهي نسبة قليلة قلما تخلو منها طريقة من طرق التخدير العام فضلاً عن ان الموت ينجم في معظم الحالات ان لم يكن في جميعها من خطأ الاستعمال لا من المخدر نفسه .

....

هذه هي المحاذير التي يصم بها المستكرون التخدير القطني وهي لعمري ليست بالمحاذير الكبيرة التي ينفرد بها هذا التخدير فضلاً عن ان معظمها يزول

زوالاً باتاً اذا ما اتقن اجراؤه وروعت فيه بعض الشروط واننا نرى فائدة في ذكر الحطة التي تمشى عليها في المستشفى العام :

الاستطيات ومضاداتها (indications et contre indications) اننا لا نخدر

في شعبتنا تخديراً قطنياً من لم يبلغ عمرهم السادسة عشرة ولا من تجاوزوا السبعين غير ان احد اطبائنا الداخليين الذي عهدنا اليه باجراء بعض العمليات في الصيف منذ ثلاث سنوات خدر مريضين حديثي السن عمر احدهما اثنتا عشرة سنة والثاني احدى عشرة سنة كما اننا اضطررنا عشر مرات الى تخدير شيوخ قد تجاوزوا السبعين بهذه الطريقة دون ان تطرأ عليهم اقل عارضة

لا نخدر ايضاً تخديراً قطنياً المرضى الذين تستغرق عملياتهم وقتاً قصيراً بل نستعيز عنه بالتخدير الموضعي

لا نخدر تخديراً قطنياً المرضى المصابين بتشنجات عصبية ولا من اصابوا بها في ماضي حياتهم

لا نخدر تخديراً قطنياً من كان توترهم الدموي منخفضاً لان هذا التخدير منقص التوتر كالمصدومين الذين لا يزالون تحت تأثير الصدمة والمصابين بنزف غزير او بذات الحلب (البريطون) او النحيلي الاجسام الناقهين من مرض عفني طويل المدة او المصابين بتقيحات مزمنة

وهذه القواعد التي تتبعها في تخديرنا قد خففت من العوارض التي يذكرها غيرنا من الجراحين ان لم تقل قد قلصت ظلالها .

طريقة العمل : نفخن المريض قبل التخدير القطني بنصف ساعة بنجمة وعشرين سنتيم بنين (كاثين) ونستعمل ابرة دقيقة ونختار في الغالب الخلاء

القطني الثاني وقلمنا تجاوز الحلاء الاول ونفرغ من المائع الدماغى الشوكى ما يعادل حجم المحلول المخدر ولو كنا في اكثر الاحيان لا نقيس هذا المائع المستخرج الا اننا متى رأينا المائع يدفق تدفقا انتظرناريثا يعود الى الانصباب قطرة قطرة وحققنا بالمحلول وقد لاحظنا ان التخدير لا يكون كافياً وطويل المدة متى لم تخرج من السائل كمية كافية

ونخرج المائع الدماغى الشوكى بالمحلول المخدر لا رغبة في المازج الذي يشير به البعض ولا نرى له اقل فائدة بل لتأكد ان ابرتنا لم تخرج من كيس الام الجافية . اما المخدر الذي نستعمله فهو الستوفثين على الرغم مما نسب اليه من المخاير وما قيل فيه من المساوىء واننا نستعمل منه اربعة سنتغم محمولة في ستمترين مكعبين من الماء المقطر وقلمنا تجاوز هذا المقدار غير اننا حقننا مرة واحدة سهواً بثمانية سنغرامات ولم نصادف اقل طارئة .

ولا نحقن المريض في اثناء التخدير بمادة منبهة او مقوية للقلب كالاثير او الزيت المكوفر او البنين لاننا لم نحتاج الى مثل هذه المواد في منياق التخدير . ونمتنع عن الحقن بهذه المواد بعد التخدير الا متى كانت حالة المريض تستدعيها وكان مرضه الاساسي يحتاج الى مثل هذه الحقن ونوصي المخدر بالصمت والسكون ونمنعه عن الكلام والقراءة والنهوض قبل اليوم الثالث او الرابع وهذا ما يعيد الصداق قليلاً في مرضانا بعد التخدير .

...

اما الان وقد يتناطرتنا وهي سهلة لا تعقيد فيها فليسمح لنا الزملاء الذين ينفرون من التخدير القطني ان نذكر حسناته لعلنا نتوصل بها الى اقناعهم بالعدول

عن معتقدهم والاقبال على هذه الطريقة التي نعتها اجل زهرة في باقة التخدير والجراحون الذين يقولون بقولنا كثر في العالم لا يكاد يحصيهم عدّ ولست ارجب الان في ان اجيء على اسمائهم والمقام لا يفسح لمثل هذا بل اذكر على سبيل المثال بعضهم كما ذكرت بعض اسماء الراغبين عن هذه الطريقة .

• أجرى اليفيزاتوس (Alivisatus) ٣٤٤٩ تخدير آقطنياً بدون وفاة ولا عقابيل مقبلة مطلقاً وهو يقول «انني من اكبر حماة هذه الطريقة وسابقى اميناً عليها ولا ارضى عنها بديلاً»

الاستاذ سان بوتويانو والدكتوران ستويان ودن تابودوراسكو اجرؤا في بخارست ٣٨٠ تخدير بدون وفاة وهم من المعرّين بهذه الطريقة
الاستاذ ه روفيل (مونليه) أجرى ٢٠٠٠ تخدير بدون وفاة مارسها ٢٨ سنة ولا يرضى عنها بديلاً .

الاستاذ بارار يقول أن التخدير العام لا يجوز اجراؤه الا حيث يتعذر اجراء التخديرين القطني والموضعي .
اما حسنات التخدير القطني فجديرة بالذکر :

يقول ريش من باريس لكل طريقة من طرق التخدير حسنات لا تنكر وللخدير القطني حسنات يستطيع جميع الجراحين ان تنفق كلمتهم عليها متى عرفوا كيف يستعملون هذا التخدير ومتى شاخوا في استعماله حتى يتسنى لهم مقابلته بسواه

واولى هذه الحسنات انه لا يضر الكبد والكليتين : قد اثبتت هذه القضية تحريات كثيرة اذكر منها ثبغات جاميرو وكر يستول وبونه وسواهم لا يخفى

ان المخدر يحدث صدمة تتم عنها حوادث سريرية متنوعة وتبدلات في التطور (*metabolisme*) يكشفها تحليل البول . وتضاف صدمة التخدير هذه الى الصدمة الجراحية وصدمة الصيام التي لا مندوحة عنه في المخدرات العامة قبل العملية وبعدها الامر الذي ينفق ما في الكبد من مذاخر مولد السكر وييدها اقل متانة ازا - السموم اما التخدير القطني فلا يحتاج المريض فيه الى الصيام قبل العملية الا في عمليات الانبوب المضي . وقد بين جامبروان حموضة الدم تزداد في الايام الثلاثة او الاربعة التي تلي التخدير من ٤٦ . وهو الحد الطبيعي الى ١٨٠ . في المخدرين بالكولوروفرم وانها اقر من ذلك في المخدرين بالايثير اما في المخدرين تخديراً قطنياً فلا ترتفع الحموضة، مطلقاً عما كانت عليه قبل العملية وقد درس فيدال وابراي وهو تينال تبدلات الكبد بعد التخدير فيينوا ان تقصير الكبد بعد الكلوروفرم ثابت ولو قصرت مدة التخدير وان هذا التقصير يظهر بعد التخدير بالايثير وبروتوكسيد الازوت متى طالت المدة . اما في التخدير القطني فخاية الكبد لا تتأذى ابداً .

وهذه الحسنة لعمرى كافية وحدها للاقبال على هذا التخدير .

٢ لا يبيء التخدير القطني الى الرئة كما يبيء الى التخدير العام : لا خلاف

في ان خطر الايثير كائن في الرئة وان العراقل الرئوية التي تظهر بعده لا اثر لها بعد التخدير القطني أجل لسنا نجهل ان هذه العراقل خفت كثيراً بعد اتقان هذا التخدير واستبطاء جهاز امبردان المتقن الصنع وانبوب مايو وبعد استعمال المصل المضاد للمكورات الرئوية (بناموكوك) في الوقاية والمريض مخدر وقد تحققنا فائدة هذا المصل بنفسنا في السنوات الثلاث الاخيرة التي بدأنا بها باستعماله .

فكان بقي كثيراً من الشيوخ المعرضين للعراقيل الرئوية بعد التخدير . كل هذا لا نجعله غير ان التخدير القطني مفضل كل التفضل في من كانت رئاتهم ضعيفة ، في المصابين بالزكامات القصية المزمنة وتفاخ الرئة والمسلولين وهذا امر لا يستطاع انكاره .

٣ - سكون الامعاء في اثناء التخدير وخلو الحوض لا ينكر الجراحون الفائدة التي يجنونها من هدوء الامعاء والاحشاء في اجراء عملياتهم على البطن ولا الانزعاج الذي يلاقونه متى كان المريض يتنفس تنفساً مرتجاً فيدفع احشاءه لدى كل تنفس الى ساحة العملية او متى اعترته اقياء فازعج بحركة احشائه الجراح واضطره الى الانقطاع مؤقتاً عن عمله فكل هذا لا اثر له مطلقاً في التخدير القطني الذي يخدر هذه الاحشاء ويسكنها سكناً يهون على الجراح عمله وفي هذا ما فيه من نجاح العمل الجراحي وتخفيف معدل الموت . ومن لم ير الصعوبة التي يلاقها الجراح في قطع سرطان الامعاء الغليظة والقطع البطني العجائي في سرطانات المستقيم وعمليات الفتوق السرية الكبيرة وقطع المعدة في السرطان وغيرها من العمليات التي تستدعي سكون الاحشاء لا يستطيع ان يقدر فائدة هذا التخدير قدرها .

لسنا ننكر ان مصراع فور كوريلس الذي يضبط الامعاء قد ادى الى الجراحة خدمة جليلة غير انه لا يكفي ونحن نرى ان التخدير القطني يقوم بما لا يقوم به هذا المصراع .

٤ الاستئناء عن الشخص المخدر : وهذه حسنة يقدرها قدرها الجراح الذي

يجد نفسه وحيداً اذا مريضه الذي تضطر حالته توسطاً جراحياً مريضاً لسنا ننكر ان هذه الحسنة تزول في المستشفيات حيث يكثر الاطباء والمعاونون والمخدرون ولكنها تبرز في القرى والاماكن البعيدة حيث لا يجد الجراح من يمد اليه يد المساعدة .

٥ - قائه الرشد في اثناء التخدير : لعل البعض يقولون ان بقاء الرشد محذور وليس بحسنة مع ان الامر ليس كذلك فكم من مرة يقرر الجراح امرأ ويتفق على اجرائه مع مريضه واذا به في اثناء العمل الجراحي يرى ما يضطره الى تبديل خطته والاستثناء عن عضو كان يظن ان المحافظة عليه ممكنة فاذا كان الشخص مخدراً تخديراً عاماً وكان هو دون سواء المرجع الذي يرجع اليه في تقرير هذا الامر ارتبك الجراح ووقع في مأزق حرج فاذا سار بعملية حسب ما اتفق عليه مع مريضه قبل التخدير خاف تبكيت الضمير والحياة بقاء الرشد يزيل هذا المحذور

٦ سهولة الاعتناءات التالية للعمليات : وهذا ما تجبر به جميع الممرضات وما يتحققه الجراحون انفسهم فان المخدر تخديراً قطنياً لا يحتاج الى اعتناء جديد يختلف عما كان عليه قبل العملية الجراحية . وجل ما يستدعيه ان يراقب بوله وغائطه حتى اذا لم يبل او تبرز قثراً أو حقن بمحقنة شرجية وهو يتمكن بعد التخدير من شرب الماء جرعات صغيرة فيعوض به عن الماء الذي فقدته جسده الامر الذي لا يجوز صنعه في التخديرات العامة

هذه هي المحاذير في كفة والحسنات في كفة أخرى وهذا احصاؤنا الذي يتناول ١٥١٥ مخدرا خال من جميع العوارض المزعجة والطوارئ التي ينسبها البعض الى التخدير القطني فليكن القارىء حكماً وليستنتج بعد التدقيق والتبصر نتيجة يتبعها فاما اقبال واما إدبار اما نحن فاننا ولا تزال من دعاة هذا التخدير لاننا لم نجد منه الا الفوائد لمرضاينا والراحة لنا .



الصداع وأنواعه ومعالجته

للدكتور كامل سليمان الحوري . (بروكلين - نيويورك)

الصداع عرضٌ من الاعراض الكثيرة الحصول ، وهو يصحب اغلب العلل ان لم اقل كلها ، ولذا فقد استنسبتُ انشاء هذا المقال على منه فائدة للقراء الكرام وبعض الزملاء المحترمين :

قد كان الأماة سابقاً يفصدون كل من شكا صداعاً بقطع النظر عن منشأه وسببه ، ومعلوم ان الفصد يولي المصدوع راحة على كل حال .

بيد انه لا يسوغ للطبيب فصد كل من شكا ألماً في رأسه كما كان يفعل القدماء ، بل يجب عليه البحث اولاً عن سبب العلة ثم المبادرة الى العلاج اللازم .

فاذا كان المصدوع محموراً 'يكتفى بتنظيف جوفه ووضعه على الحمية المائية اذ يجوز ان يكون السبب تعفنًا معدياً او نشأة حمى تيفية واذا لم يكن المصدوع محموراً ، ظنُّ بصداع انديامي : كسوء هضم او تسمم بحامض الكربون او تقصير كلوي .

واذا كان العليل يسبب ويطلب لك في الحديث ويشرح ببلاغة وفصاحة اعراض علة ، فافتكر بالحدوث (neurasthénie) او بالسوء بداء . وعلى كل فلا مندوحة لك عن ان تراجع بفكرك مجموع الاسباب التي من عاداتها ان تسبب الصداع . وقد ثبت ان سببه الأعظم قائم بتهيج صريح او انعكاسي قد نشأ من

نهايات عصب الزوج الخامس أي المثلث التوائم (trifacial) .

وهذا التهيج يبدو في التعففات والتسمات والضغط والعلل العصبية ،
والعوارض الانسكائية . فالتعفن المعوي يعرف بارتفاع ميزان الحرارة ،
ولا يسمى عن البال وجوب قياس حرارة كل مريض يشكو وجع رأسه . اذ
كثيراً ما يشاهد في الصيف حصول ذرب مصحوب بوجع رأس ، فيكفي اذ
ذاك تطهير الجوف بثلاثين غم من زيت الخروع والاكثر من شرب الماء
ومتنوع الشاي .

واذا كان الطحال ضخماً ، وكان المريض يعرف من انفه ، وجب
التحفظ في الانذار لامكان كون الحادثة تيفية . واذا آتت النوب الحية منقطعة
وكان يتقدمها نافض وجب توجيه الفكر الى البرداء (الملاريا) وكثيراً ما يتفق
ان يرافق الصداع حوادث التدرن الحاد الخفيف ، ويفيد اذ ذاك وضع المنقطات
على القرة . ويعالج الصداع الذي يرافق الحصار العضلي الحاد بصفصافات
الصوده نحو ستة ذرامات في اليوم ، وبالحمام البارد اذا ما خيف من الحصار
الدماغي . اما الصداع الذي يرافق نشأة الزلّة الوافدة فيكافح بالانتيرين
بجرعة نصف غم في برشانة واحدة او برشنتين ، ثم تعطى ملاح الكينين في
الايام التابعة ، اذ ان الاكثر من الانتيرين قد يقلل افراز البول او يوقفه .
هنا وقد لا يكون التعفن حياً كما يرى ذلك في الزهري ، فيعول اذ
ذاك على المعالجة النوعية ، واذا ابطأت هذه بفعلها جاز القصد او البزل القطني ،
وهذا الاخير يقلل الضغط الناشئ من تراكم السائل المرضي . اما الصداع
الانسائي فيكون ناشئاً من سبب داخلي او خارجي ، فالأول يشاهد في

النقرسين والمصابين بآفات كلوية ومعدية . فصداع النقرسين يشبه صداع الشقيقة ، واحسن الطرق في مثل هذه الاحوال هي الاقتصار على الحمية النباتية مساءً ، والحمية المختلطة عند الظهر مع الامتناع عن الاثربة الروحية والسكر والقهوة والشوكولاتا ، والشاي والمعجنات ، والاكثر من استعمال المشروبات الحارة واعتياد المشي سيراً على الاقدام مدة نصف ساعة صباحاً على الرين ، ونصف ساعة عند المساء ، ويشرب بعد كل مرة قدح ماء فيتل « Vittel » ، وما يساعد ايضاً اخذ ملء ملعقة قهوة على الرين من كبريتاة الصودا في كأس ماء فيشي .

فاذا ما صار الاستمرار على هذه الحمية التي مر وصفها لا يقي من لزوم للاستفراغات الدموية . ويشاهد الصداع الناشئ من اصل كلوي في التهابات الكليتين الحادة والمزمنة . ولمعرفة الاولى يساعد ظهور الاحين (البومين) وانتفاخ الوجه ، ويعتمد في المعالجة على الفصد والاستفراغات الدموية على محاذاة الكليتين مع الحمية البنية المائية . وقد جرب بعضهم فصم الكلية (décapsulation du rein) ولكن لم يحصل منه كبير فائدة .

اما صداع التهاب الكليتين المزمن فقد يجر الى ارباكات واغلاط فادحة ، اذ ان شحوب الوجه وصفوته تحمل الطيب الى حسابان المرضى فقراء الدم فياً مرهم باتباع حمية مقوية من امراق اللحوم ، ولا يخفي ما ينشأ من مثل هذه المعالجة من المصائب الكبرى . فالمصابون بفقر الدم يكونون ضعفاء ويعتريهم الدوار ولا يشكون صداعاً الا عندما يصابون بانسهم معوي او بوهن عصبي ، وجملة القول ان معالجة الصداعات بمستحضرات الحديد لا تخلو من الاخطار .

واحسن معالجة في العلل الكلوية هي الحمية على اللبن والماء أو الحمية اللبنية النباتية واعطاء الثيوبرومين « théobromine » ، وإذا تحقق ان في القلب عدواً (bruit de galop) يحسن استعمال الديجتالين « عشر ملغرام مدة عشرة ايام » ثم قطعها خمسة ايام ليعاد استعمالها ثانياً .

اما الصداع المضفي فهو نتيجة انسام ذاتي او تعب عصبي وهو يشاهد في احوال عسر الهضم وخصوصاً في اعتقال البطن . بيد ان البعض قد يصابون بالقبض بدون ان يعرفهم صداع ، بينما ان البعض الاخرين حالما تعطل معاهم يصابون به . وهناك عدد من الاشخاص يتغوطون كل يوم ولكن ليس تقوطاً كافياً ، اذ ان جذر امعائهم تلبث مكسوة طبقة كثيفة من المواد البرازية التي لا تخرج . ولكافحة مثل هذه الحالة الكثيرة الحصول في القرسيين يومئذ بمجرعة عشرين غراماً من زيت الخروع ، ثم يثابر على اخذ الحبات الاتي تركيبها :

مسحوق عرق النعب . . . ٠٠١-٠٠٢ ستينم
صابون طبي كك

لحبة واحدة تصنع مائة مثلها وتؤخذ منها حبة كل ساعة مدة ثلاثة ايام باعتبار اثنتي عشرة الى ست عشرة حبة في الساعات الاربع والعشرين .
وقد تمس الحاجة الى اعادة ما ذكر ثانياً بعد بضعة ايام . ويحكم بان الامعاء قد انفرغت من العلامات الاتية : اولاً : من صوت قرع البطن الواضح او المتساوي في كل نقطة . ثانياً : من نظافة اللسان المطلقة . ثالثاً : من عدم تنانة الغائط . وقد يتفق احياناً ان الصداع يزداد بعد اخذ المسهل الاول ، وسبب ذلك انحلال بعض متعفنات المعى ودخولها للدوران الدموي ، فمن ثم يجب

تكرار المسهل بعد ثمان واربعين ساعة ، ويؤثر في مثل هذه الاحوال استعمال زيت الخروع او جوب الصبر .

اما الصداع الانسمامي الخارجي فهو الناجي من سوء التهوية او من استنشاق حامض الكربون او تجرع المسكرات .

فلمعالجة النوع الاول تهوى الغرف جيداً لطرد الحامض الكربوني المتراكم فيها من جراء الازدحام او من خلل طارىء على وسائل التهوية ، وقد اتفق ان نفرا من الأداة وهموا في رد حوادث صداع الى اصلها ، واضطروا الى اجراء عمليات جراحية في مرضاهم ، حال كون الصداع مسبباً من عدم ضبط التدفئة . اما الصداع المعدني فيشاهد بدون وجود آحين في البول ، واحسن علاج لمقاومته هو استعمال برومور البوتاسيوم بجرعة اربعة غم في اليوم ، اللهم ان تحصل المبادرة الى ازالة السبب اي ترك المهنة التي تستعمل فيها ملاح الرصاص ويعطى الحليب ويودور البوتاسيوم بجرعة صغيرة مع المسهلات لمساعدة خروج المادة السامة من البدن .

وقد اشار بعضهم باستعمال الحقن الجلدية من الماء المغلى ، انما تجب مراقبة التوتر الشرياني عن كثب ، والتنقيب عن صوت العدوي في القلب ، فلا يبقى ريب اذ ذاك بان الصداع الاسري هو كلوي المنشأ .

اما الصداع الناتج من الضغط فكثير الحصول في الاحتقانات الالتهابية والاورام والنزف والحراجات . ففي الاحتقان الدماغى يحمد القصد والحجة ، اما فيما بقي فتستدعي الحالة الالتجاء الى البزل القطني على ان يكون توتر السائل الدماغى الشوكي مزاداً . انما ملافاة لحدوث العوارض يجب دائماً اجراء هذا

الزلزل والعليل مستلقٍ على جنبه ؛ بينما يكون الرأس على وضع منحدر . وهذا الزلزل القطني كبير الفائدة في حوادث التهاب السحايا ، ويكرر عادة مرة كل يومين أو ثلاثة أيام ويستعمل للعليل مغاطس سخنة درجتها ٣٧° أو ٣٨° مئوية مدة عشرين دقيقة ، يكرر المغطس ثلاث إلى أربع مرار في النهار . وقد صار الأطباء اليوم يلجأون إلى الزلزل القطني في نزف السحايا لما رأوا من الفوائد في تخفيفه للصداع الشديد الذي يرافق ذلك ولا يرحن عن البال أن الصداع يرافق عللاً كثيرة عصبية كعلة ضخامة الغدة الدرقية والصرع على أنواعه وتعدد مسبباته والمهرع (المستيريا) والحمور والسوداء^(١) الخ . وبالطبع فالعلاج في مثل هذه الأحوال يوجه بالأخص إلى سبب العلة الأصلي .

وهناك صداع يسمى انعكاسياً مثل الصداع الذي يرافق علل العين الالتهاية ، كالتهاب القرنية ، والتهاب المشيمية ، والتهاء الأزرق وعلل انكسار النور :

وكثير من حوادث الصداع التي كانوا يعزونها إلى النمو تدخل ضمن هذا المجموع ، وكثيرون من قصار النظر يشعرون بصداع غيب المطالعة لا يزول إلا باستعمال العدسيات المواقفة للعلة . وهناك مجموع ثانٍ من صداع النمو يدخل أيضاً ضمن أنواع الصداع القروية ، وللتخلص من هذا العرض يقتضي اتباع الحمية اللبنة بتدقيق ، مع الرياضة وعدم إجهاد العقل بضعة أسابيع .

أما الصداع الذي يرافق علل الأنف والأذنين فلا يزول إلا بالتخلص من العلل المسببة حادة كانت أو مزمنة ، ومثله الصداع الذي يرافق الأمراض

(١) ويسمى أيضاً داء المراق « hypochondrie »

الحوضية فهو لا يزول الا بانتظام الطمث .

اما الادوية والعقاقير التي يكثر منها بعض الاساة في مكافحة الصداع كالانثيرين والاكزالجين والفيناستين صرفاً او مع مركبات اخرى ، فالاولى الاقلال منها لانها سينتج المفعلة وخصوصا اذا كان الصداع عرضا اوليا لعلة عينية كالتيقية او علة كلوية ، ولذا فيجدر بالطبيب ان يدقق بفحص عليه قبل ان يكتب له الوصفة . نتج اذاً مما مرّ بسطه في هذا المقال ان الصداع عرض يرافق عللا كثيرة مختلفة ، فاذاً قبلما نصف لعليلك هذه الواسطة او ذلك العقار يتوجب عليك فحص جسمه بدقة وترويه زائدين ، اذ ان التدقيق في الفحص يعود بالفائدة على المداوي والمداوي ويكشف اموراً غامضة ، قد تلبث مجهولة وتأني باضرار جمّة للليل والطبيب اذا أهمل التدقيق بالاستقصاء والاستنطاق والتعمن



فحص الجهاز التناسلي بالليبيودول واشعة رونتجن

« ٣ »

للدكتور ابراهيم الساطي استاذ امراض النساء وفن التوليد

فحص الاورام الليفية تشخص الاورام الليفية عادة بالفحص السريري وحده ولكن كثيراً ما تلبس باكياس المبيض وامتلاآت النفير والاشكال المختلفة لالتهابات الملحقات والحمل والقيلة خلف الرحم :

اما تمييزها عن الحمل فيزداد وضوحاً كلما ازدادت ايام الحمل وينجلي التشخيص نحو منتصف الحمل بالشعور بالعلامم اليقينية وبرؤية عظام الجنين ايضاً بالاشعة .

واذا كانت الحادثة ورماً ليفياً بين الفحص بالأشعة ان جوف الرحم منسجم وغير منتظم وقد يكون الجوف صغيراً اذا استقرت النوى الورمية تحت الغشاء المخاطي او كان نموها متجهاً الى الجوف او متى استقرت في مناطق مختلفة من برنشيم الرحم . وقد يكون التمييز عسيراً حتى اننا نلتجئ في مثل هذه الحوادث الى معالجة التجربة نعني بها الاشعة الكهربية او فتح البطن الاستقصائي

واذا نما الورم في جهة واحدة من الرحم يضخم الجدار ويكبر الجوف ويكون خياله الاشعاعي مميزاً بوجود بارزة تهب الحياض شكلاً هلالياً وجوفاً رحباً منسجماً واذا استقر الورم بعيداً عن جوف الرحم كان الجوف منسجماً اتساعاً

مناسبا لحجم الورم بدون بروز نحو الجوف . يتبين مما تقدم ان تصوير الورم الليفي يدي لنا علامات بيانية وهي اتساع جوف الرحم وعدم انتظامه الا متى كانت النوى مزدوجة او تحت الحلب فيكون اتساع جوف الرحم حينئذ طبيعيا او اصغر ولا بد في هذه الحالة من التروي قبل الجزم بنوع الافسة ريثما يتضح التشخيص بمساعدة الطرق الاخرى واذا كان الورم كيسا في المبيض بقيت ابعاد جوف الرحم طبيعية الا ان الرحم تحرف ويزداد انحرافها متى استقر الكيس في ملء الرباط العريض . وهذه العلامة تعني بها شدة الانحراف لمن علامات اكياس الرباط العريض البائية واذا تبين بالاشعاع ان التغير منسد والرحم منحرفة استنتج ان الورم نفيدي كيسي واذا تبين ان التغير ممتلئ بالليودول امتلاء مختلف الدرجات ولم يمر الليودول الى الحلب استدل ان التغير مفسدا ايضا واذا مر الى الحلب بسهولة كانت قناة التغير طبيعية . تساعد هذه الطريقة الجراح في كثير من حالات النزوف الرحمية ولا سيما متى نجمت هذه النزوف من كتل مشيمية او اورام فان التصوير بالليودول يفصح عن مكان الورم وشكله وحجمه ودرجة نموه ويرشد الجراح الى المكان الذي يجب توجيه المجرفة اليه اثناء الكشط بهذه الآلة او متى رغب في قطع خزعة (biopsie) للفحص النسيجي . ومتى كان عقم بدء الفحص بالليودول ارتباك الطبيب الممارس وبين له قناة التغير وشكلها وسعتها ودرجة انفتاحها وهذه الطريقة تفضل كما قلنا طريقة النفخ بالغاز لانها تبين التغير المسدود ودرجة الانسداد ومكانه وامكان اصلاحه بالطرق العملية التي لا يمكن الجزم بنجاحها وتقرير اجرائها او ارجاء العملية لوقت آخر الا بهذه الطريقة غير انه يشترط كي تكون نتيجة الفحص حقيقية ان يحقن بالمادة الكشفية

بضغط ثابت وكاف ودرجة الضغط المسلّم بها اليوم هي ٣٠٠ ملمتراي ٣ ستمتراً من الضغط النسبي (٧٦) وان يحكم وضع مسبار المحقنة في العنق لثلاثا ينصب الليبودول من جوانبه الى الخارج ويرتأي بعض المؤلفين باستعمال ضغط أخف غير ان الضغط المعادل لثلاثين ستمتراً من الزئبق لا يحاذير له البتة . ويجب مع ذلك الوقوف عند هذا الحد لان تجاوزه ولو قليلاً يدفع الليبودول الى ملء ملحمة (برنشيم) الرحم والمروق البلغمية والدموية ويشق النفير المنسد . فاذا روعيت هذه الشروط يستدل ان النفير أو النفيرين مفتحان بروية بقع الليبودول واضحة بالأشعة واذا كان النفير منسداً لا يظهر رسم النفير لان الليبودول لا يدخله بل يصل حتى مكان الانسداد فقط ويقع هذا قريباً من القطعة الحلقية للنفير فلا يرسم النفير ابداً كما تقدم او يكون عند الصيوان او عند اتصاله بجسم النفير فيتسم النفير بالمادة المحقون بها حينئذٍ غير انها لا تمر الى الخلب . يستنتج مما تقدم وكما ذكرنا سابقاً ان فحص الطريق التناسلي وأفاته اصبح بفضل التبعات العلمية ولا سيما بفضل طريقة المعاينة بالليبودول والأشعة غنياً بالطرق الاستقصائية على ألا يكون مضاد للاستطباب يمنع استعماله وان يراقب الضغط بالمخطرة ولا يتجاوز ٣٠ ستمتراً ولا بد لنا من اعادة القول قبل انها هذا البحث بان المعلومات المجتناة من هذه الطريقة لا يصح ان تكون وحدها مدار الحكم القطعي بل انها كسائر الطرق الاستقصائية الحيوية الطبيعية قد تدل دلالة قاطعة او قد ترجح الظن بمرض وفي كلتا الحالتين لا يجوز للطبيب ان يحكم حكماً جازماً بالحادثة التي يراد تعيين حقيقتها الا متى اتفقت الطرق الاستقصائية الاخرى مع هذه الطريقة

ضخامة الموثة

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

لم يقبل حتى الان على استئصال الورم القدي من الموثة (البروستة) كثير من المصابين به مع ان هذا المرض كثير الشيوع في هذه البلاد كما في البلاد الاخرى ومع ان هذا الاستئصال بعيد الى تلك الاجساد النحيلة الشائخة القوة والنشاط ، نظرة واحدة لنقيا على اولئك الموثين قبل اجراء عملياتهم وهم منهكون اذلون مضغفون ونظرة ثانية نرمقهم بها بعد بضعة اشهر تمرّ على اجراء الاستئصال كافية لتحقق ذلك الانقلاب الكبير الذي طرأ عليهم وذلك التحسن الغريب الذي لم يكونوا يتظرونه .

واقول الورم القدي لان الاعمال التي قام بها مستشفى نكر اثبتت ان هذه الضخامة تصيب القدد تحت المخاط وتحت العنق وحول الاحليل الخلفي فليس هو اذن ورماً مويئاً بل ورماً يدفع الى المحيط الموثة الضامرة في مسكنها . وهذه هي فكرة ماريون ايضاً غير ان شافسو لا يقبلها على علقتها . لانه رأى ان عناصر الغدة جميعها تضخم .

ومهما يكن الامر فان المضخامة غدية نامية نحو المثانة فوق الارتفاع الجلي وبها نعلل استطالة الاحليل . ويتقر هذا الورم تحت المخاط ويستبطن المصرة

وتحيط به محفظة وهو يستأصل اليوم بالاصبع .

وهذه الضخامة درجات منذ الضخامة الكبيرة البيانية التي تبرز في الشرج وتنتأ في المثانة حتى الورم الصغير العنقي الذي ينمو على موية ضامرة ولا يظهر الا بالتنظر المثاني او الاحليلي (cystoscopie ou urethroscopie) . هذه هي الحالة التي شاهدناها في مريض انى المستشفى مصاباً بأسر مزمن وتوسع مثاني كبير ونحن نتظر صفاء بوله وخفة البولة في دمه لتجري له العملية اللازمة وقد كان قبل ان نخزع مثانته يستوفز ويضغط يديه جدار بطنه المسترخي ضغطاً شديداً ثم يقتله فتلاً عنيماً كما تقتل قطعة من التماس مبللة كل هذا لكي يفرغ بعض ما في مثانته من البول . وكان يتوصل بعمله هذا الى التغلب على اللولب العائق فيفرغ من مثانته زهاء ٢٠٠ - ٣٠٠ غم ويبقى فيها ما لا يقل عن لتر . ولم نجد شيئاً بالمس الشرجي ولم نشاهد علامات تثبت السهام (tabès) وقد شككنا في رجع مثاني واسع :

واظهر لنا التنظر المثاني لسيناً على حافة العنق الخلفية واثبت لنا هذا الامر المس المباشر الذي اجريناه بعد ان خزعنا المثانة . وهذا اللسان كان شبيهاً باللولب الذي كان يغلق المثانة كلما امتلأت بالبول .

وبدخل هذا المريض في زمرة الموثيين (prostatiques) الذين لم تضخم موثتهم او في الفئة التي يسميها ماريون ضخامة العنق غير ان فئة ماريون تكون التبدلات التي تطرأ على نسج العنق فيها ولادية وتبدو التشوشات في الشاب بين ٢٥ - ٣٠ سنة من عمره وتزداد كلما تقدمت سنه .

والعنق هو ما يصاب كان الورم غدياً حول الاحليل او ضخامة في الموية

او ضخامة ولادية في العنق . وهذه الافات الثلاث تشفى باستئصال العنق مع العناصر الضخمة . ولكن لماذا ينتظر المرضى نوبة أسر حادة او انحطاط بينهم العامة الشديد او الدنف البولي التالي لنوب الامر المزمع حتى يأثروا ، بعد ان تكون قواهم قد وهنت ودفاعهم قد نقص وانحط ، يسألوننا العناية بهم ؟ فهل لم ينصح لهم احد يا ترى قبل ذلك الحين بان التوسط الجراحي يبعد عنهم هذه الحالة المزعجة ؟ ام انهم يخافون وهن وظيفتهم التناسلية ؟ ام انهم يخشون هذه العملية التي يقال لهم عنها انها خطيرة حتى انهم يفضلون المرض وعراقيله على التوسط الجراحي ؟

اما الامر الاول فاني اجهله لان هؤلاء المرضى قلما يأتون الينا في بدء مرضهم ولكنهم يأتون الينا في النهاية بعد ان يكونوا قد صرفوا سنوات وهم ينتقلون من طبيب الى آخر فاذا ما نصح لهم احد هؤلاء الزملاء بالتوسط الجراحي اصغوا الى من يحذرهم منه وعملوا بارشاداته .

واما الامر الثاني فقد كان يحدث حينما كانت تستأصل الموتة جميعها بالطريق العجائي لان الموتة جميعها كانت تستخرج ولان الاعصاب كانت تقطع والارتفاع الجبلي كان يخرب والقناتين الداقتين كانتا تقطعان ووظيفة التناسل كانت تضاعف .

اما اليوم فتجنب عملية فريه (Freyer) الجهاز التناسلي والارتفاع الجبلي ونبتى الموتة في مسكنها ولا ينال القناتين الداقتين التوسط الجراحي فالوظيفة التناسلية اذن تظل محفوظة ولكن اذا انحطت قوى الموضوع التناسلية بعض الانحطاط بعد العملية بعض الاحيان فان المصاب في معظم الحالات يبقى كما كان

فيلها ان لم يزد نشاطاً .

اما خطر العملية فيتعلق بالسفن وبتحضير المريض وبطرز الاجراء وبالاعتناآت التالية لها . ولا تخلو هذه العملية كسائر العمليات الاخرى من الخطر ولا من وقوع بعض الوفيات فيها ولها استطببات ومضادات للاستطببات لا يجوز بضع المرضى الطاعنين في السن ولا المصابين بأفات قلبية رئوية لا تعاوض فيها ولا من كانت كلالهم سريعة العطب ولا المرتفعة حرارتهم والعملية واجب اجراءها في جميع الموثنين الذين يستعملون المسبار . اما الوفيات فتعادل ٥ ٪ بين ٧ و ٧٥ سنة وخمسين / بعد الثمانين وجميع الذين ينجون من العملية يشفون .

ويشترط في ذلك ان يجري العملية جراحون خبيرون بامراض جهاز البول قد اعتادوا استئصال الموثنة واقتنوا صنعها .

ولكن مم يموت المستأصلة موثاتهم ؟ أمن التأسر (urémie) او التعفن او النزف .

فتحضير المريض اذن أمر واجب ومعرفة حالة كليتيه ضرورية فلا يجوز ان يوضع مريض قبل ان تنخفض درجة تأسره (azotémie) الى ما تحت ٠,٤٧٥ .

وقبل ان تعود فيه مرتبة امبار ورقم انطراح الفانوسلفون فالتئين ملائين .

وتحضير المثانة وتطهيرها واجبان ايضاً ومعاينة البول الجرثومية كذلك فلا

يجوز بضع مريض قبل ان تزول المكورات العقدية من بوله اذا كانت فيه .

وجرح استئصال الموثنة هو من الجروح الغفنة التي يمرّ تعفنها للدم ويحدث

آفات رئوية تخل بموازنة الكليتين هذا اذا لم يضعفهما التعفن نفسه . ويجب

تجري زمن النزف (٣ دقائق) والتخثر (٦ دقائق) واعطاء الادوية المخثرة
٤ غرامات كلورور الكلسيوم في اليوم ثلاثة ايام قبل العملية .
ولا يجوز استعماله اكثر من ثلاثة ايام والا تجاوزنا الغاية من استعماله وبلغنا
الدور المضاد للتخثر .

واجراء العملية في زمنين افضل لان هذا يحجز الخطر ويمكن المريض من
من تحمل عملياته : فنزع المثانة اولا واستئصال المثانة ثانيا .
ويؤثر في الزمن الذي يفصل احدى العمليتين عن الثانية على تحضير
المريض فنزع المثانة يحفض هذا المذخر ويكافح التفعن البولي ويسقط الحرارة
ويحذف الضغط الثاني الذي كان يخل بوظيفة الكلية ويخفف التأمر ويحسن
الحالة العامة . ويجب فتح المثانة عالياً ما امكن على بعد قيراطين من وصل العانة
لان جرح المثانة يسرع في الشفاء كلما علا ولان توسيع الجرح المقبل لادخال
الاصبعين واستئصال المثانة يجب ان يتم من العالي الى الاسفل وليس من الاسفل
الى العالي خوفاً من ثقب الحلب فاذا كان وطياً منعنا وصل العانة عن توسيعه
ويستطاع خزع المثانة بالتخدير الموضعي .

وبداً حيثئذ يغسل المثانة والاقتصار على التغذية الباتية الخالية من الكلورور
من شهر الى ستة اشهر . واذا كانت البول عكراً وفيحياً تسوف العملية ريثما
يصفر وصفوة القول لا تستأصل المثانة قبل ان تتحسن الحالات الموضعية والكلوية
والعامة تحسناً محسوساً . وكثيراً ما يشعر المرضى بتحسن حالتهم ويكتفون بها
فيتروكون المستشفى ومسبارهم في مثانتهم ويغربون عن اعيتنا غير منتظرين
الزمن الثاني من العملية .

أما المخدر في الزمن الثاني فله الأهمية الكبرى لان الواجب يقضي علينا باختيار مخدر لا يسيء الى الكبد ولا الى الكليتين . يستعمل لاغو الاثير وماريون التخدير القطني وشافسو كلورور الاثيل في قناع كاموس فحابة فيها ٣ سم منه تخدر المريض ثلاث دقائق فاذا احتيج الى اكثر من ذلك كسرت حجابة ثانية اما نحن فنستعمل التخدير القطني (٠٠٣) سنغم من الستوفتين ١ ولم نصادف التزوف المتأخرة التي ينسبها البعض اليه

بعد ان توسع فوهة الجرح الثاني بالمبضع حتى يستطاع امرار اصبعين اي زهاء سنتمترين ونصف الستمتر تدخل سبابة اليد اليسرى في الشرج وتدفع الورم الى امام السبابة والوسطى اليحناوين المدخلتين في المثانة فيخترق الغشاء المخاطي عند الحلق ومتى بلغت الاصبع خط التفريق بدأت به من اليمين الى اليسار او من اليسار الى اليمين بين الورم الغدي والمحفظة المبطنة بنسيج الموتة المدفوع . فينفصل الورم ولا يظل معلقاً في النهاية الا بالاحليل الذي يجب قطعه بالظفر على ان يقتصد في قطعه ما امكن . ثم يستخرج الورم بعد ان يكون قد اقتلع وهو موءوف في الغالب من ثلاثة اقسام : بروز متوسط عند العنق وفص ايمن وفص ايسر . فاما ان يستطاع اخراج الورم من الشق الثاني الصغير قطعة واحدة او ان يقطع اجزاء قبل استخراجه وكثيراً ما يلجأ الى المناقش في ذلك . ومتى استخرج الورم وظهرت مكانه حفرة فبعض الجراحين يدكونها والدك موءوف والبعض الاخر لا يدك مطلقاً ومنهم من يخطط . والاطباء الاميركان يدكون الجيب بموجلة مطاط يستطاع تخفيف الهواء فيها اما نحن فنذك بالشاش والاصبع لا تزال في الشرج ثم نضع انبوب ماريون التخين ونفرغ المثانة من (٣)

العلاقات الدموية بالغسل الغزير .

اما الاعتنات التي تعقب العملية فاننا نجرها طبقاً لطريقة لاغو : ففي اليوم الاول لا نصنع شيئاً وفي اليوم الثاني نغسل المثانة بالماء الاوكسيجيني ونخرج قسماً من الفتيلة ونقطعه . وفي الايام التالية نضع انايب اصفر فاصفر في المثانة لكي يضيق الجرح ونمكنه من الاندمال ونزرع الفتيلة جميعاً في اليوم الثالث أو الخامس بحسب الحالات . ونزرع المسبار في اليوم العاشر . واما مسبار الاحليل فيستغنى عنه متى لم يعد الجوف نازقاً .

يتم انغلاق الجرح الختلي عادة في اليوم الخامس عشر أو العشرين ويستطيع المريض متى لم تطرأ عليه عراقيل ان يترك المستشفى في اليوم العشرين أو الخامس والعشرين . غير انه يظل محتاجاً الى الغسل زهاء شهر .

ولكن ماهي النتائج ؟ حينما كانت تستأصل الموتة بطريق العجان كانت تلتف مصرة الاحليل فكان يعاني المريض بعض السلس المزعج . غير ان هذا المحذور قد زال بتاتاً بعد الطريق الجديد وتمكن هؤلاء المرضى المصابون بالاطام (dysuria) من البول بدون جهد والذين كانت مثاناتهم لا تفرغ انفرغاً تاماً اصبحوا قادرين على افراغها وكلاهم استعادت وظيفتها الطبيعية واما الحالة العامة فيطراً عليها من التحسن ما يعجب فان هؤلاء المرضى الذين كانوا مسممين تسمياً مزماً وقد شاخوا شيخوخة مبتسرة ووهنت قوى اجسادهم وعقولهم وهنا فائقاً يستعيدون قواهم ويدعوا على وجوههم مسحة من الفتوة وفي عقولهم قبس من الذكاء فكل هذا يدعونا الى التذكير في استئصال الموتة لانه العملية المفضلة . واما اذا لم يرض بها المريض او اذا كان فيه ما يمنع التوسط الجراحي

فالقنطرة هي علاجه مع ما فيها من اخطار التعفن والطرق الكاذبة .
 واذا تركت الضخامة وشأنها فانها تقود الانسان يبطو الى الموت المحتم بما
 يطرأ عليها من العراقيل فالوفيات في من يترك كون بدون توسط جراحي يفوق
 معدلها وفيات التوسط الجراحي .

غير ان الحياة ممكنة مع بقاء الضخامة والتوصل الى إبالة المريض بدون
 مسبار ولا توسط جراحي ممكن في بعض الحالات .

الموثيون هم اناس محققة موثاتهم والمرض الاول الذي يعترهم هو عرض
 احتقان الموثة الذي ينم عنه تعدد الليالات ولا سيما في الليل لان الحركة في النهار
 تسرع الدوران فعلى المريض اذن ان يتحاشى جميع الاسباب المسببة لاحتقان
 المحوض ومراعاة قواعد الصحة تؤخر العراقيل . فالتغذية المواقفة اولاً ونعني
 بها الانقطاع عن الاشربة الروحية والتوابل والنوم ثانياً ونعني به ألا يطبل
 المريض النوم في فراشه وألاً يطبل الجلوس وألاً يكثّر من المشي وان يتنزه
 عشرين دقيقة مساء قبل النوم . والتغوط ثالثاً ونعني به اجتناب القبض والبيئة
 رابعاً ونعني بها ألا يتأخر مطلقاً عن البول متى شعر بالحاجة اليه والخوافضل شيء
 في مكافحة الاحتقان الماء الحار فاستعمال حقن شرجية صغيرة مقدارها ١٥ غم من الماء
 الحار بالدرجة ٤-٥ . والمريض مستلق على ظهره مكررة حسب اقتضي الحاجة تحسن
 حالة الموثيين وتمكنهم من المعيشة سنوات على الرغم من ضخامة غدهم . واذا لم
 تنجم الحقن الشرجية الصغيرة يلجأ الى مغاطس المقعد او المغاطس العامة الحارة
 وتحسن حالة البعض بتمسيد الموثة تمسيدياً لطيفاً وبالاتحرار (diathermie)

الذي يفعل بجرارته ولكن متى أصبح المسبار ضرورياً يجب اقناع المريض بقبول العملية .

تختصر المعالجة اذن بالماء الحار او العملية الجراحية وبالمسبار اذا لم يكن التوسط الجراحي مستطاعاً .

ولنذكر دائماً ان التشوشات التي تطرأ على الكلية تسير وتشوشات المثانة جنباً الى جنب وانه لا بد من مجيء زمن تسوء به الحالة العامة فيعود انذار التوسط الجراحي وخيماً هنا اذا لم يقم مانع يمنع هذا التوسط .

ومتى بلغت الضخامة حداً فكانت عاتقاً لا تستطيع زحزحته تمكنت الوسائط اللطيفة من تأخير الموت المحتم ردحاً من الزمن دون ان تعود كافية لصدده .



خطاب فخامة رئيس الوزراء في حفلة توزيع الشهادات

ان لنظام التطور والتقدم في الامم اياما السادة مقاييس اوشك العلم الحديث باصوله المنطقية ان يجعلها راحة صحيحة رغم انها نسبية لا تظهر واضحة الا اذا قوبلت بسواها ولعل اثبت هذه المقاييس اليوم برهاننا على تقدم الامة وادلها على نهضتها تلك الفئة التي تخرجها معاهد العلم للبلاد في كل عام مسلحة بكل ما يحتاج اليه من يدعى لحوض معركة الحياة في هذا العصر عصر العلم والقوة لقد جاءت نهضتنا العلمية الجديدة متأخرة ايام السادة . ولذلك ما كادت تقاس بمقاييس التدرج النسبية حتى ظهر ان امامها من المراحل الشاقة الطويلة ما يحتاج الى اكثر ما يمكن من العزيمة والجهد على اننا لم نخرج او نترك لليأس مجالاً لأنفسنا بل مبرنا بعملنا مع ما يتطلبه نظام النشوء والارتقاء . وها نحن نجتمع اليوم كما اجتمعنا من قبل مبتهجين بمقدار ما اجتزاه من هذه المراحل فقيسه بأصح مقاييس النهضات واصدقها اي بهذه الفئة من الشباب المتعلم خريجي جامعتنا السورية الفتية التي لم يأت على نشاطها بضع سنين حتى جرت مجرى الجامعات الكبرى فاصبحت تعد لنا عدة صالحة شاملة بفوائدها الكثيرين من ابناء لبنان وفلسطين ومصر والعراق وليس من المبالغة في شيء اذا قلنا انها ستصبح في يوم من الايام غرساً نامياً يجني ثمره بلاد العرب كلها . وهي لن تبرح في تدرجها صعوداً نأمل ان نلحق بها في الاقترافاً للهندسة بعد ان

انشأنا في العام الماضي مدرسة الادب العليا ونرجو ان نوفق قريباً لتأسيس شعب معهد الحقوق الاضافية الاولى منها للادارة والمالية والثانية للقضاء المدني والثالثة للقضاء الشرعي ولان نضع في القريب العاجل ايضاً الحجر الاول لدار التوليد التي ستضاف الى شعب معهد الطب ومستشفاه كما ألم الى ذلك عميد الجامعة المحترم في خطابه .

ان هذه النتيجة الباهرة في هذه المدة القصيرة مما يدعو للاعجاب والتفاخر لكن يجب ان لا نكون⁸ من الادعاء على جانب ننسى معه شيئاً من الحقيقة التي يجب ان نعلن . ان هذه المسافة التي نبتهج اليوم باننا قطعناها قصيرة بالنسبة لما نطمح اليه ونطويه في نفوسنا من كبير الاماني ويعزينا على ذلك ان التطور التدريجي هو اصح التطورات وامتنها وان في هذه المرحلة التي قطعناها حتى اليوم الشيء الكثير مما يشجعنا على متابعة السير بكل ما يتطلبه السير في الطريق الوعر من نشاط وهمة وثبات

ان هذه الفئة الجديدة من الشباب المتعلم والتي نستقبلها اليوم ما هي اذ اضيفت الى ما تقدمها من فئات الاطلاع تنبئ بما سيكون للامة السورية العربية في الآتي من شأن ، ودليل واضح على ان روح الحياة العلمية لا يطول عليها الأمد حتى تعيد لهذه الامة سيرتها الاولى ومجدها الغابر المندثر . واراني سعيداً جداً بان اهنيء هذه الفئة ومن تقدمها على ما احرزته من نجاح شاكراً لمعيد الجامعة وروءاء المعاهد واساتذتها اعمالهم وجهودهم وقتنا الله جميعاً الى ما فيه خير الوطن وصلاحه .

خطاب الدكتور حسني سبيح

اولاني معالي عميد الجامعة السورية المحترم شرف التكلم في هذه الحفلة بصفة كوني اقدم خريجي المعهد الطبي العربي فرأيت في سرد التطورات التي طرأت على المعهد منذ افتتاحه حتى الان فائدة وذكرى .

انشئ معهد الطب في دمشق منذ سبع وعشرين سنة وكانت لغة التدريس فيه اللغة التركية وظل سائراً سيره التدريجي نحو الترقى حتى نشبت الحرب العامة واغلقت ابوابه وانفرط عقد تلامذته وكنت منهم ثم أقفلت الحكومة العثمانية معهد الطب الفرنسي في بيروت ونقلت معهد دمشق اليه فعاد التلامذة الى تلقي الدروس فيه غير ان الهدنة وقعت قبل ان يتم معظم التلامذة دروسهم ودخل الحلفاء سورية فتذرع طلاب الصف الخامس وكنت من عنادهم بجميع الوسائل لافتتاح المعهد ثانية فتم لهم ذلك في كانون الثاني سنة ١٩١٩ ودعي المعهد منذ ذلك الحين معهد الطب العربي .

واتخبط له اساتذة من خيرة الاطباء وابدلت لغة التدريس التركية باللغة العربية فانتمت السنة الاخيرة فيه ونلت شهادتي سنة ١٩١٩ ولما كان قد مر علي حتى الان احدى عشرة سنة وكان المعهد في هذا الوقت القصير قد تطور تطوراً كبيراً رغبت في ان ارسوم لكم حالة المعهد في ذلك الوقت وحالته الان واقابل بينهما تاركاً الحكم لكم سادتي .

افتتح المعهد وفي منابر من الادوات ما لا يفي بالمطلوب ادوات قديمة اكل

الدهر عليها وشرب وقاعات للعمل رثة تذكرنا بما كان عليه الطب منذ نصف قرن ولم يكن في المعهد اذ ذاك سوى مخبر فن الجراثيم الناقص المعدات اما بقية المخابر من فيزيولوجيا وتشريح مرضي وكيمياء وطبيعة وتاريخ طبيعي فلم يكن فيها سوى بضع آلات قديمة لا نفي بالحاجة وسلمت دفعة اموره الى معالي عميد الجامعة الحالي الاستاذ رضا سعيد بك فبذل جهوداً لا توصف واخذ على عاتقه تنظيم شؤنه فلاقى من الحكومات التي توالى على اريكة الحكم ومن الدولة المتدبة تشيخاً ومساعدة وتدرج المعهد في سلم الرقي حتى وصل الى الحالة التي ترونها به الان فلندر الطرف بما تم في هذه الحقبة من التجدد ولننظر الى المخابر فنرى قاعات فسيحة ملائى بالادوات الحديثة ولنبداً تجوالنا في تكية السلطان فنرى شعبة طب الاسنان التي اسست سنة ١٩٢٢ وقد جهزت احدث تجهيز وعلى بضع خطى منها مخبر علمي الحيوانات والنباتات الذي احدث وفيه عدد عديد من المجاهر حتى ان اكل تلميذ مجهره الخاص ومعاهد الطب التي يتوفر فيها هذا الامر قليلة جداً والاستاذ الذي يقوم بتدريس هذين العلمين من خيرة الاساتذة اخص بهما سيفي بباريس بعد ان قضى فيها اربع سنوات مكباً على التحصيل والى جانب هذا المخبر مخبر الكيمياء الذي يثمر فيه التلامذة احسن تمرين ويلاقون فيه احدث الآلات والادوات ويتلو هذا المخبر مخبر الطبيعة الذي تم تجهيزه من مدة وجيزة بما يلزم من الآلات والادوات الكهربائية الحديثة .

فتحت قباب تكية السلطان سليمان الاثرية الناطقة بمجد الاجداد قامت تلك المخابر الحديثة باعثة في شبيبتنا روح الاقدام والعمل لاستعادة مجد دةشق الطبي الذي اشتهرت به في غابر الايام .

ولنترك الان تكية السلطان سليمان ولننخل المستشفى العام وهو احد اثار المغفور له ناظم باشا فنجد فيه على الرغم من صغره جميع فروع الطب والجراحة وشعب الاختصاص كأمراض العيون والأذن والحنجرة وأمراض الجلد والأمراض الزهرية والولادة وأمراض النساء نظمت قاعاته على الطرق الفنية الحديثة وشعبة الجراحة فيه مفخرة من مفاخر المعهد الطبي الغربي فقد نظمت بهمة اساتذته نظماً حديثاً حتى فاقت مثيلاتها في سورية . وفي المستشفى مخبر اشعة رونتجن الذي تم تجديده سنة ١٩٢٦ وقد انشئ في هذه السنة مخبر للكهرباء الطبية وجهاز بأحدث الآلات واضيف اليه آلة تخطيط القلب الكهربائي (electrocardiographie) ولعلها الاولى من نوعها في سوريا . وخلف المستشفى بناء آخر فيه مخبر الفيزيولوجيا وصيدلية المستشفى التي توزع العلاج مجاناً على الفقراء وفوقه غرف فسيحة خصصت لمنامة التلميذات القوابل والمرضات

وعلى ذكر المرضات ارى من الواجب ان اشير بذكر المرضات الفرنسيات اللواتي اسند اليهن تنظيم المستشفى وتدريب ممرضاته فقد بذلن جهوداً تذكر وقمن بالتنظيم خير قيام حتى اصبح المستشفى في هذه السنة غيره في السنين الماضية ويتلو هذا البناء مخبر الجراثيم ودار التشريح وكلاهما مجهزان بأحدث الادوات .

لترك هذه الابنية القديمة ولتأت الى هذا البناء الذي نتمياً ظله ولنسعد جانباً جمال بنائه ورحابة هذا المدرج الفسيح وغرفه المعدة للإدارة التي تشغل طبقته السفلى ولنصعد الى طبقته العليا حيث المخابر فترى فيها مخبر التشريح المرضى الذي تم تجهيزه بأحدث المعدات العلمية منذ بضع سنوات وفي نية

معالي العميد احداث مخبر جديد يخصص للكيمياء والجراثيم وعلم الحياة يسد به فراغاً تشعر به مدينة دمشق العظيمة والغاية من تأسيس هذا المخبر هو درس الامراض المحلية درساً علمياً وتمرين تلاميذ الطب حتى يتسنى للطبيب ان يقدم بنفسه على اجراء جميع الفحوص التي يحتاج اليها اذا ما وجد في الاقضية النائية .
تلك لمحة اجمالية عما تم للمعهد من التجديد ويقتضى عليّ ان ابحث في امرين خطيرين وهما امر اللغة وبرنامج التدريس .

اما اللغة العربية فقد خدمها المعهد اجل خدمة بمدان . كانت في بدء افتتاحه ركيكة وكانت مصطلحاتها الطبية والعلمية مشوهة مغلوطة لا تنطبق على قواعد لغة الضاد وقد حدثني احد التلامذة ان طبيباً كلف اذ ذاك بتدريس احد العلوم فكان اذا اراد التكلم باللغة الفصحى يدعو الارانب بالقرانب اما الان اذا اجلتم الطرف في خزانة المعهد فترون ما انتجته قرائع الاساتذة من كتب صيغت بلغة صحيحة فصحي واذا قلبتم مجلة المعهد الطبي العربي التي انشئت سنة ١٩٢٠ لتكون رسول العلم بين اساتذة المعهد وتلاميذه القداماء تحققت ان اللغة العلمية خطت خطوة بعيدة وذلك بمجهود رئيس تحرير المجلة الاستاذ مرشد خاطر بك عضو المجمع العلمي العربي الذي يدأب ليلاً نهاراً في وضع المصطلحات الطبية ونحت الالفاظ الفنية وقد خطت المجلة في السنتين الاخيرتين خطوة كبيرة حتى ان جرائد الغرب ومجالاته قد اثبتت اراء معهد دمشق واتخذتها حجة في بعض ابحاثها عن امراض البلاد الحارة والمجلة تنقل الى لغة الضاد ايضاً المستحدثات الطبية والابحاث العلمية .

واما منهاج التدريس فقد بدل عن ذي قبل بدلاً عظيماً سارت المدرسة

في بدء تكونها على منهاج الحكومة العثمانية ولما رأت بعد مضي سنتين ان هذا المنهاج لم يعد يفي بالطلب ولت وجهها شطر الغرب واعتمدت على المنهاج الفرنسي الذي يعد بحق من خيرة المناهج فاتخذته برنامجاً لها .

سادتي : يقول المثل الفرنسي من لا يتقدم يتأخر فالمحافظة على الحالة الثابتة لا تعد محافظة بل هي التقهر بعينه لاحظ المعهد هذا الامر فصار دائماً الى الامام .

وقبل ان انهي الكلام اسمحوا لي ان ازف الى خريجي المهددين أخلص التهاني متمنياً لهم حياة سعيدة ومستقبلاً زاهراً وان اخص خريجي معهد الطب تلاميذنا في الامس وزملاءنا اليوم ببعض النصائح .

ايها الزملاء : انهيتم دروسكم الطبية بعد ان صرفتم في المعهد ست سنين نلتم الاجازة وخرجتم الى ميدان العمل انكم تخطئون اذا ظننتم انكم انهيتم التحصيل واغلقتم باب الدرس كلاً ثم كلاً انكم قد انهيتم تحصيلكم في هذه المدرسة وبدأتم الدرس في مدرسة ثانية اعني بها مدرسة العالم انكم تذكرون ولا شك ما كنتم تلاقونه من المصاعب في اجتياز الفحوص كل سنة وامامكم الان فحوص اخرى ليست كل سنة بل كل يوم وكل ساعة وليس الفاحص استاذكم بل المريض الذي يأتيكم مستشفياً وستدوم هذه المدرسة ما دامت الحياة والخطى الواسعة التي يرغب كل واحد منكم ان يخطوها تكون بما اعده لها من عدة وما هذه العدة الا بامرين الاخلاق الحميدة والعلم الصحيح وقد قدمت الاخلاق على العلم لان العلم لا يجدي الطيب نفعاً اذا كان خلواً من الاخلاق غير متحلر بالفضيلة فعليكم اولاً ان تمسكوا بالفضيلة وتتحلوا بالاخلاق الحميدة وتجهلوا

نصب عيونكم خدمة الانسانية المتألمة بدون تفريق بين الشعوب والاديان لا تكونوا ماديين ولا تسعوا الى المادة بل دعوا المادة تسعى اليكم ساعدوا الفقير جهد طاقتكم ارفقوا بالضعيف ولا تردوا طلب بائس كونوا لينين متواضعين كريمي النفس مع المحافظة على عزتها ان لمهتكم الشريفة كرامة فحافظوا عليها ولا تحطوا من قدرها احتراموا من تقدمكم في مهنة الطب واعطفوا على من بعدكم . واما العلم فهو رأس المال الذي ستقدمون على استثماره فبقدر ما تذكرون من العلم تفيدون وتستفيدون .

يخيل للمنتهي من المدرسة انه تعلم كل شيء . هنا خطأ فالمعهد الذي تخرجتم منه يهديكم سواء السبيل والعالم هو الذي يسدد خطواتكم تعلمتم في الاول العلم وستعلمون في الثاني ممارسة العمل انكم تعلمتم ولا شك الشيء الكثير فاذا لم تتبروا على التعلم جفت معارفكم ونضب معين علمكم عليكم بالاختصاص فهو سر النجاح انبذوا الكبرياء جانباً ولا تأنفوا من السوءال والاستفادة بل عدوا انفسكم دائماً تلامذة واسألوا من كان اوسع منكم علماً واعلموا ان فوق كل ذي علم عليم وقل ربي زدني علماً .

تذكروا دائماً قول ريكور المشهور انني عرفت القريحة الافرنجية لما شاهدت عشر قرحات وبعد ان رأيت منها مائة قلت معرفتي بها واما الان بعد ان شاهدت منها عشرة الاف فلم اعد اعرف عنها شيئاً وما قاله هذا العالم ايها الاخوان يصح تطبيقه على معظم الامراض فتوبة الملايا التي لا يتاخر احد العامة عن تشخيصها كم نرى صعوبة في تشخيصها احياناً تشخيصاً جازماً وعلى ذلك فقيسوا اذ كر مرة ايها الاخوان انني لما كنت ادرس على المرحوم الاستاذ فيدال في باريز كان في

قاعة المستشفى مريض مضى على وجوده فيها عشرة أيام وقد اجريت له الفحوص اللازمة من سريرية ومخبرية وقدم أخيراً للاستاذ ليلقي عنه محاضراته فخلا الطبيب الخارجي (اكسترن) المشاهدة وعقبه الطبيب الداخلي (انترن) مبدياً ملاحظته ثم رئيس السريريات ولما اتى دور الاستاذ فحص المريض وتضمن بالفحوص المجرة وكانت النتيجة بعد ذلك كله ان وضع تشخيصاً محتملاً ولم يتمكن من الجزم وطلب ان يبقى المريض تحت المشاهدة مدة اخرى حتى يتسنى له وضع التشخيص الاكيد . فتأملوا ايها السادة في هذا الحادث واعتبروا . ان الاستاذ فيدال مع عظم اطلاعه وكبير شهرته العالمية لم يجرأ بعد تلك الفحوص المجرة في مستشفى كوشن على التلغظ بالتشخيص الاكيد وكأني به اراد ان يلقي درساً ادياً على تلاميذه وسامعيه من اطباء الاسم المختلفة الذين يجحون اليه بانه لا عار على الطبيب اذا لم يعرف مرض مريضه بل العار كل العار ان يخطئ خطأ عشواء في التشخيص فيقول بوجود المرض دون ان يكون على يقين من ذلك .

ان معهدكم الطبي الذي تودعونه الآن ايها الزملاء هذا المعهد الذي ثقتمك منتمنين لا يتأخر عن تغذيتكم بالعلم فالجأوا اليه في الصعوبات التي تعترضكم واعتصموا بمجمله .

وان سيره المطرد في هذه الخطى الواسعة الى الرقي يجعل الأمل به وطيئاً بانه سيعيد لدمشق غاير مجدها الطبي وانه سيكون عند قول الشاعر .
واذا رأيت من الهلال نموهُ ايقنت ان سيكون بدرا كاملا

خطاب الاستاذ السيد حامد ناجي

قبل عام مضى وجهت ادارة جامعة قرطبة الاسبانية دعوة الى مدينة دمشق لارسال وفد يمثلها في الحفلة الكبرى التي ستقام لمرور الف عام على تأسيس اول جامعة عربية في الغرب .

الف عام فقط ايها السادة مضت على قيام اسلافنا بتأسيس جامعة عربية هدفها الأسمى نشر العلم والثقافة في تلك الربوع وبين جميع من يفد اليها من مختلف الممالك والاقطار حيث يرشفون العلم من منهل واحد رغم تعدد نحلهم واديانهم فكانت بذلك قبلة المتعلمين ، كما كانت قرطبة نفسها ملجأ المضطهدين . فهل استطاعت هذه الحقب المديدة ان تقدمنا خطوة واحدة الى الامام ؟

كنت اخشى يا سادتي ان اجيب نفسي سلباً لولا وقوفي امام حضراتكم في هذه الردهة الفخمة حيث توزع شهادات خريجي الجامعة السورية شقيقة جامعة قرطبة العربية رغم ما بينهما من كرايام ومر الدهور اما الان وقد استعرت هذه البذرة الطيبة التي غرسها ايد لا سبيل لشكران جميلها وتمهيتها هذه النخبة الصالحة من ابناء سورية ونبغاء رجالها بالتهذيب والاصلاح ، فاستطيع ان اصرح وقلبي مفعم بالأمل اننا لن نرجع على اعقابنا بعد ان قطعنا هذا الشوط الاكبر في حياتنا العلمية بل سوف نصل الى هدفنا ما دمنا سائرين في هذه الطريق . طريق العلم الصحيح والثرية القومية .

سادني !

للجامعات في تاريخ الامم الراقية موقع ممتاز مملوء بالمفاخر الوطنية . وقد
اصبحت في عصرنا هذا من اكبر العوامل التي تستند اليها الامم في تأييد قوميتها
ونشر ثقافتها .

ومن احق من الجامعات بهذه المكانة السامية ؟ وهي التي تخرج نوابغ الرجال
فوي الاثر البارز في تاريخ بلادهم والمكان الاول في سبيل نهضتها .

وجامعتنا يا سادتي رغم حداثة عهدها قامت نحو سورية ، وبلاد العرب عامة
بشطر كبير من هذه الواجبات ولم يزل القائمون بادارتها دائبين ليلاً نهاراً يحدوهم
الاخلاص والوفاء للوطن ونائشته على رفع شأنها واتزالها المنزلة اللاتقة بها كجامعة
عربية لها من تاريخ العرب وحضارتهم معين لا ينبغي تستمد منه القوة والنشاط
وكما نشأت الجامعة السورية نشأ المعهد الحقوقي وهو احد فروعها متدرجاً في
سلم الرقي عاماً بعد عام مراعيّاً في سبيل ارتقائه حاجة البلاد ورغبة اهلها مقبلاً
ما صلح من نظم الغرب وقوانينه ، حتى اصبح بحق يضاهي اكبر المعاهد الراقية ،
يضم اساتذة هم انبغ الرجال وانضج الادمغة المفكرة ومفخرة من مفاخر العروبة .
ولقد تطور المعهد الحقوقي في الاعوام الاخيرة تطوراً فجائياً كان له الاثر
المحمود والصدى المستحسن في جميع انحاء الوطن السوري فبينما كانت اكثر
الدروس تلمى على الطلاب املاءً فيضيع الوقت سدى دون ان يتمكن الاستاذ من
شرح بعض النظريات وحل غوامضها ، وقد يضطره ضيق الوقت لان يوجز
بحثه ويختصر موضوعه فتفوت الفائدة المتوخاة اصبح اليوم لكل درس كتاب
يجمع شتات الموضوع من جميع نواحيه بلغة عربية صحيحة فتكونت مجموعة نفيسة

من الكتب العربية وسدت ثلثة كبرى في بناء اللغة الفصحى . واثبتت لنا ان لغة الضاد خلاف ما يدعيه البعض هي لغة علم وفن لا يضيق صدرها عن مدينة القرن العشرين وما بها من مخترعات وافكار . ولقد تناول هذا التطور شروط الانتساب الى المعهد ايضاً فاصبح القائمون بادارته يطلبون من مردي الانتساب اليه ما تتطلبه المعاهد الراقية وطريقة الفحص التي كانت متبعة منذ تأسيسه قد تحورث في هذه السنة وزيد عليها فحص تحريري لبعض مواد الدراسة كما اختصرت المدد بين الفحوص الى اصغر حد ممكن اسوة بمعاهد الغرب وبقيّة حث الطلاب على الدراسة اثناء السنة لما بها من الفوائد الجلى في تثبيت المعلومات في ادمغة الدارسين ومساعدتهم على هضمها دون تعب وعناء . وهكذا نرى المعهد الحقوقي ياسادتي يسير في جميع نواحيه من حسن الى احسن واضعاً نصب عينيه نشر الثقافة العربية في البلاد السورية والاقطار العربية عامة مع اكمال ما ينقصها من الثقافة الغربية حاملاً على عاتقه هذا العبء الثقيل الذي طالما حملته دمشق في غابرها ولم تزل قائمة به في حاضرها وهي قلب الشرق العربي الخفاق ودماغه المفكر .

والان لا بد قبل ان ابرح مكاني هنا من كلمة شكر اتقدم بها باسمي واسم جميع رفاقي لمعالي رئيسنا المحبوب واساتذتنا الافاضل على ما بذلوه من جهد وتحملوه من عناء في سبيل ارشادنا وتسمية عقولنا وسنقى ما حيننا حافظين لهم هذا الجليل مقدرين تلك الجهود الطيبة لا زالوا للامة هداة وللناشئة مرشدين وأتقدم بشكري الخالص ايضاً لفخامة رئيس مجلس الوزارة ومعالي وزرائه الكرام على ما بذلوه من المساعدات القيمة في سبيل ترقية معهدنا العربي راجياً له اطراد الرقي والنجاح في ظل رئيسه واساتذته الافاضل .

خطاب الدكتور هاشم الجندي

اقف الان في هذا الموقف المهيّب خافق القلب جاثش النفس وافر الأسمى
والاسف وقفة مودع قدّر عليه بعدها الانفصال عن ام رؤوف طالما غذتني بلبانها
حتى بلغت اقصى ما اتمنى واعني بها المعهد الطبي

أجل انني سأنفصل انا ورفقائي طلاب الطب والصيدلة والقبالة الذين
احرزوا الشهادة في هذه السنة عن هذه الأم وتقدم للحياة العملية ونخوض
غمارها بقلوب لا يخامرها الوجل ولا يبانها التردد والخيرة بقلوب ملوءها الجراءة
والشجاعة لان هنا المعهد الذي سنفارقه بعد اليوم كان ولا يزال ولن يزال
ان شاء الله بعد لهذه الامة من ابنائها المسلحين بسلاح العلم الصحيح المزودين
بالخبرة الكافية والتجربة الحقة رجالاً ستقيم على سواعدهم اسس مجدها الحاضر
وتجدها ما أخلق الدهر من مجدها الغابر ولم يألُ جهداً في تذليل كل عقبة تحول
بين المتخرجين فيه وبين الاطلاع على دقائق العلم وغوامضه والأشراف على اخر
ما اهتدى اليه العقل البشري في العصر الحاضر من المخترعات والمكتشفات حتى
اصبح الطالب لا يجد في سبيله ما يعوقه عن الامعان والتعمق في تشخيص الداء
والمسارعة الى تخفيف الالام التي كانت تأث الانسانية من شدة وطأتها .

تعلمون ايها السادة ان الحرب العالمية غيرت كثيراً من نظريات الطب
القديمة وفسحت للباحثين مجالاً واسعاً في التقصي والاستقراء وان هذا المعهد
الجليل سلك اخر طريق هدى اليها البحث وارشد اليها الاكتشاف حتى

استطاع في عهد قليل ان يقطع شوطاً بعيداً في التقدم والرقي وانصع برهان على صحة هذا ما ترون من النجاح الباهر في الشعب الداخلية والجراحة والصيدلة والاسنان وفن التوليد .

ولا اريد ان اسهب في الاطراء والثناء حتى لا يسبق الى الوهم اني اميل الى المبالغة والقلو .

واذا كان الاعتراف بالجميل من الجميل والجهر بالحق من الحق فلا يسعنا ان ننكر ما لعمدة الجامعة السورية من الايادي البيضاء على هذا المعهد وعلى المتخرجين منه بل على الامة جمعاء ولا سيما عميد الجامعة السورية الاستاذ رضا بك سعيد واساتذة المعهد الطبي الاجلاء فقد بذلوا الجهود واستفرغوا كل مجهود في ترقية هذا المعهد الوحيد وتجهيزه بكل ما يحتاج اليه من المعدات والعدد والنهوض به الى مصاف المعاهد الراقية في الامة الحية الى غير ذلك من ضروب العناية التي تتخلل لهم اجمل الذكريات في نفوس ابناء هذه الامة وتسطر لهم اطيب الاحدثة في تاريخ نهضتها الحديثة .

سادتي واساتذتي الاجلاء

اذا كان قدر لنا ان نضرب في العلم بسهم وافر وان نخطو في الاطلاع على اسراره وغوامضه خطى واسعة فانا يرجع الفضل في ذلك الى ما بذلتموه من المساعي المشكورة والجهود المتواصلة وليس ما نحمله في صدورنا اليوم الا ثمرة غرستم بايديكم شجرتها ثم تعديتموها بالتهذيب ورويتموها بالاخلاص حتى اخضل عودها وطلب جناها . ولسنا بعد اليوم الا امرأة تمثل صور الفضيلة التي نقشتوها في نفوسنا وتعكس اشعة النور الذي وجهتموه الينا وصدى يرد اصوات الاخلاص

التي كانت تغدق بها ضمايركم الحرة الى اعماق نفوسنا وان جأ غفيراً من
الاطباء الذين تخرجوا من هذا المعهد وانتشروا في الاقطار من العراق الى الحجاز
الى اليمن الى مصر لنشر الثقافة التي تلقوها فيه يعترفون لكم بالجليل مثانا
ويرتلون آيات الشكر والثناء وان ننس فلا ننسى ما لقيناه من رجال دمشق
الكرام وابنائها البررة مدة اقامتنا بين ظهرانيهم من كرم الحفاوة وجيل الولاء
سواء اكان ذلك في المعهد ام في غيره واتنا نحفظ لهم في قلوبنا هذا الضنيع
الجليل ونودعهم وداع ابناء قضت عليهم الاقدار ان يفارقوا اخوانهم الاوفياء
وتتمنى ان يعود لهذه المدينة الزاهرة مجددا السالف وروثها الغابر حتى تصبح كما
كانت منها لرواد العلم ومبعثاً للنور والهدى فتخرج للعالم من اعلام العلم في
الشرق امثال الرازي وابن سينا وابي القاسم وابن زهر وجابر الكوفي وغيرهم
من الفطاحل الذين لم يكونوا مفخرة للشرق فقط بل كانوا ولا يزالون مفخرة
للعالم اجمع ومصايح يستدي بهم الحاضر والمستقبل كما اهتدى بهم الماضي وتتمنى
للمعاهد العلمية عامة والمعهد الطبي خاصة تقدماً مطرداً ونجاحاً مستمراً حتى
ياوي اليه طلاب العلم الصحيح من كل حذب وصوب وتبثق اشعة النور
منه فيستضي بها القاصي والداني انه التقدير المحيى .

صناعة حمض الليمون

« ٤ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

العملية الاولى . - اشباع العصارة وفصل الليمونة : تجرى هذه العملية على الحرارة في محافد خشبية تدعى المشبعات (saturateurs) مبطنة بالراسص . ذات ساعد لتحريك السائل وانابيب بخارية لتسخينه ويجعل على غطائها المستوي فحاة الكلسيوم . اما عصارة الليمون فتساق الى المشبعة بآلة تدعى بمصعد العصارة (monte-jus) ذات الهواء المضغوط . ويضاف الى العصارة المعروضة للعملية ، من الماء قدر حجمها او من غسالة العصارة من عملية سابقة ^(١) بما يساوي ثلاثة امثال حجمها . ثم تسخن المشبعة بتيار من البخار المائي حتى $+60^{\circ}$ وعند ما تبلغ الحرارة الدرجة المطلوبة يباشر الاشباع وذلك ان يلقى فيها بمكنسة صغيرة من فحاة الكلسيوم الموضوعة على غطاء المشبعة شيئاً فشيئاً وتحمل الكميات المتتالية من الاول كلما قرب الاشباع من الانتهاء . ويتحتم استبقاء قليل من المحووضة تسهيلاً لغسل الليمونة .

ويستحسن في هذه العملية ألا تصل الحرارة الى درجة الغليان ولا ان

(١) هذه الغسالة تدعى العصارة الثانوية (petit-jus)

يلقى كثير من الفحمة دفعة واحدة لثلاثين السائل لانطلاق غاز حمض الفحم من التفاعل الكيماوي . واذا لم يمكن انقاء الفوران لقصر جدران المشبعة بفثا الزبد بنضج قليل من الماء على السائل .

يعرف بلوغ الاشباع الحد المطلوب باحدى طريقتين الاولى : طريقة المخبر بماءة شيء من السائل بالمقياس القلوي ويجب ان لا تقل درجة المحوضة عن ١٦٥ - ٢ غم من حمض الليمون باللتر . والثانية : طريقة التجربة وهي ان يؤخذ نموذج من السائل ويوضع في قدح ويضاف اليه قبصة من فحمة الكلسيوم ويحرك بملقعة خشبية ويجعل الزبد على جانب من جدران القدح وينظر الى السائل فاذا شوهدت فقاعات غازية تتطفئ على سطح السائل وفي منتصفه تماماً يستدل على ان الاشباع لم يتم بعد فيستأنف انقاء فحمة الكلسيوم حتى لا يرى فوران في نموذج جديد يعالج على الصورة الآتية الذكر

ولما ينتهي الاشباع يضاف قليل من الماء تسهيلاً لترسيب الليمونة ويغلى السائل خمس دقائق يقطع البخار عند ختامها . ويصب على المرشحات (وهي صناديق مضاعفة القعر) السائل من خلال النسيج المرشح وتشر ليمونة الكلسيوم على سطح النسيج طبقاً منتظمة بخزن ٢٥ سنتيمتراً وتقل بالماء الغالي عشر مرات حتى يبيض لونها تقريباً وتصبح الفسالة بلون ابيض الى الصفرة ^(١) .

عند ذلك تجعل الليمونة كومة على سطح الصندوق وتترك لينضب ماؤها

(١) الفصل التام يستدعي ثماني ساعات لكل صندوق اذا كانت عملية الاشباع قد اجريت بانتظام ودقة . والا فلا يتم الفصل قبل اثني عشرة ساعة .

تماماً فتنقل الى اثناء تعرض على عملية التحليل .

وتضاف الفسالات الى الرشاحات اولاً وتساق بصعد العصارة (monte-jus) الى مشبعة لتعالج بالكلس حتى الاشباع التام ثم تصب في الصندوق المرشح الخاص بها وترشح . والليمونة الراسبة تضاف الى الاولى والرشاحات تصب على الحثالة .

وقد يتوصل في بعض الحالات الى فصل غسالة الليمونة واستعمالها في تمديد عصير الليمون . ولذلك لا يشبع بالكلس من الفسالات الا الراشح الاول وعندما يتم ذلك يترك لنفسه ساعتين ثم يؤخذ عنه الماء الرائق ليضاف الى الحثالة . واما ليمونة الكلسيوم الراسبة المحتوية على كثير من فحمة الكلسيوم فانها تمزج في مشبعة عصارة الليمون مع فحمة الكلسيوم المهيأة لعملية اشباع العصارة .

ومما تجب الاشارة اليه في عملية الاشباع هو استعمال فحمة او كلس حي خالص من الشوائب ما امكن خصوصاً من المائيزيوم وحمض الفسفور والألومين والحديد ليكون الضياع من حمض الليمون في الحد الاصغر

لاشباع الف كيلو غرام أو ٨٠٠ لتر من العصارة الكثيفة المحتوية على ٣٢٠ كيلو غراماً من حمض الليمون المبلور يجب صرف الف لتر من الماء للتمديد و ٢٥٠ - ٢٨٠ كيلوغراماً من فحمة الكلسيوم . والعملية تدوم اربع ساعات ويتبع عند ختمها ١٢٠٠ كيلوغرام من ليمونة الكلسيوم الحاوية ٦٠ ٪ من الماء او ٤٨٠ كيلوغراماً من الليمونة الجافة (النقية ٩٥ ٪) التي تعادل ٣٢٠ كيلوغراماً من حمض الليمون .

العملية الثانية . - تحليل ليمونة الكلسيوم : يستعمل لتحليل ليمونة الكلسيوم حمض الكبريت (بكثافة ٥٨ - ٦٠ بومه) ممدداً بنسبة خمسة اضعاف حجمه او بالنسالات الخفيفة .

ويجرى التحليل على الحرارة في اوان خشبية مبطنة بالرصاص ذات ساعد للتحريك وانايب لجرى البخار المائي للتسخين . ولجل ذلك يوضع في هذه الاواني مقدار كاف من الماء او من النسالات الخفيفة اقله ٢ - ٤ بومه) وكمية من حمض الكبريت ، تساوي فحاة الكلسيوم المستعملة للاشباع أو ١٤٠ كيلو غراماً تقريباً لكل صندوق من ليمونة الكلسيوم الرطبة مما يعادل ٦٠ ٪ من وزن ليمونة الكلسيوم الجافة . ويدار الساعد المحرك وبمر البخار من الانايب ولما تبلغ الحرارة ٥٥ - ٥٧ مئوية تذر ليمونة الكلسيوم على السائل الحامض شيئاً فشيئاً فيبدأ التفاعل الكيماوي ويجب ألا تزيد الحرارة عن ٦٠ + ستغراد لئلا يتلون السائل . ولما تنفذ ليمونة الكلسيوم المراد تحليلها يؤخذ من السائل نموذج وتفحص حموضته ليعلم ما اذا كان مقدار حمض الكبريت الموضوع لتحليل ليمونة الكلسيوم جميعها قد كفى ام لا . ومن الضروري بقاء كمية ضئيلة من حمض الكبريت زائدة عن حد الاشباع التام قدر ٢ ٪ من مجموع الحموضة المقدرة بالنسبة الى حمض الليمون لتسهيل ذوبان الشوائب وتخثير حمض الليمون . ويعلم ذلك باحدى صورتين :

بالتجربة في مكان العملية . وبالعناية في المعمل (laboratoire)

اولاً بالتجربة : يؤخذ انبوب تجربة بقطر ٢ - ٣ سنتمترات عليه اشارتان كل منهما به سم . م وبواسطة مخار يؤخذ نموذج من السائل المراد

فحصه والموضوع في الاناء ويرشح منه ٥ سم . م في الانبوب ثم يضاف اليها ٥ سم . م من محلول كلور الكلسيوم (بثقل ٢٧ بومه) ويسخن حتى الغليان ثم يترك لنفسه مدة ويجب ان يحصل في اسفل الانبوب ١/٤ سم . م من راسب كبريتاة الكلسيوم .

فاذا لم يتكون راسب ما دل ذلك على ان حمض الكبريت لم يكفٍ للتحليل وان هناك شيئاً من الليمونة لم يتحلل بعد او على ان هذه الكمية من الحمض هي الكافية لتحليل الليمونة دون زيادة فيجب ان يضاف من حمض الكبريت .

وعلى العكس اذا كان الراسب اكثر من ربع سم . م وجبت اضافة كمية مناسبة من الليمونة لتعديل هذه الزيادة من الحموضة بالدرجة المطلوبة .
ثانياً ، المعايرة في المعتدل . - ان مقدار حمض الكبريت يجب ، نظرياً ، ان يكون مساوياً لمقدار حمض الليمون (وفقاً لحساب التعادل الكيماوي) .
ولكن للتأكد من تمام التحلل وتسهيلاً لتحثير حمض الليمون يجب استبقاه كمية من حمض الكبريت ، في المحلول تعادل ٢-٣ . م من مجموع الحموضة المنسوبة الى حمض الليمون :

$$٢ > \frac{١٠٠ \text{ حمض الكبريت}}{\text{حمض الليمون}} > ٣$$

ولحساب هذا المقدار يحضر محلولان احدهما محلول الصود لمعايرة مجموع الحموضة ، والاخر محلول كلور البار يوم لمعايرة حمض الكبريت .
فاما محلول الصود فيمياً يبيث ببادل كل ١ سم . م منه ٠.٦٢ من ثاني

طرطرة البوتاسيوم الصافي . ولما كان حمض الليمون ثلاثي الاساس كان كل ١ سم . م من المحلول معادلاً :

$$\frac{210 \times 0.72}{188 \times 3} = 0.724 \text{ م من حمض الليمون } 188 \text{ هو الوزن الذري}$$

لطرطرة البوتاسيوم الحامضة (.

واما محلول كلور الباريوم فيبياً بحيث يعادل كل ١ سم . م منه ٠.٠٠٥ م من حمض الكبريت (اي محلول عشر النظامي) .

ولاجل الفحص يؤخذ من السائل الحار ٨٥ سم . م وتمدد بالماء المقطر الى ١٠٠ سم . م ويحرك المزيج ويرشح . يؤخذ من الرشاحة ١٠ سم . م وتوضع في جفنة صينية ويقطر عليها وهي بجالة الغليان من محلول الصود المعابر حتى التعادل التام دون الالتفات الى كمية الصود التي عدلت حمض الكبريت ولنفرض انه صرف ٥ سم . م فيكون مجموع المحوضة (منسوبة الى حمض الليمون) :

$$\text{من } 10 \times 0.724 = 7.24 \text{ لاجل } 100 \text{ سم . م}$$

ثم يؤخذ من الرشاحة ذاتها ٢٥ سم . م وتوضع في دورق وتغلى ويضاف اليها من محلول كلور الباريوم قطرة قطرة حتى لا يشاهد راسب ما في نموذج يؤخذ منه ويعالج بنصف سم . م من محلول كلور الباريوم . ولنفرض انه صرف ٤ سم . م فيكون مقدار حمض الكبريت :

$$\frac{4 \times 0.000 \times 100}{25} = 0.016 \text{ م في } 100 \text{ سم . م من النموذج}$$

$$\frac{100 \text{ ع} (4 \times 6000 \times 100)}{100 \times 6722 \times 100} - \frac{\text{ع} (4 \times 6000 \times 100)}{100 \times 6722 \times 100} = \frac{\text{ع}}{2766} \text{ س}$$

ولما كانت كمية ٢٧٦٦ ع منحصرة بين (٢) و (٣) وجبان تكون نسبة:

$$\frac{2}{2766} \text{ ع} - 0.75 \text{ لاجل زيادة من حمض الكبريت تعادل ٢}$$

$$\text{أو } \frac{275}{2766} = 0.74 \text{ لاجل زيادة من حمض الكبريت تعادل ٢٦٥}$$

$$\text{أو } \frac{3}{2606} = 0.11 \text{ لاجل زيادة من حمض الكبريت تعادل ٣}$$

فالحساب في مثالنا السابق يصبح والحالة هذه:

$$\text{س} = 3091 \text{ سم}^3$$

$$\text{ع} = 28 \text{ سم}^3$$

$$\frac{\text{ع}}{\text{س}} = \frac{28}{3091} = 0.009$$

بما يقابل لزيادة (٢٦٥ تقريباً) من حمض الكبريت في المائة من مجموع

الحموضة المنسوبة الى حمض الليمون

وعند ما يتم تنظيم التحلل يصب في الاناء ٧ كيلو غرامات من الفحم الحيواني المفصول وهو بحالة عجينة، لكل الف غرام من ليمونة الكالسيوم

الرطوبة ثم يضاف محلول بروسياء البوتاس الصفراء بنسبة ٣ كيلو غرامات بروسياء صفراء لكل الف كيلو غرام حمض الكبريت المصروف للتحليل . فالبروسياء تتحد باملاح الحديد التي قد تشوب حمض الكبريت وترسب بحالة فروسيانور الحديد او ازرق بروسيا .

وتترك الساعد المحرك يدور ربع ساعة اخرى ليتم التفاعل الكيماوي ثم ينقل السائل إما مباشرة او بواسطة مضخات حسب هندسة العمل الى الصناديق المرشحة المضاعفة القعر التي تشبه صناديق الليمونة ، فيفصل السائل الذي يحتوي على حمض الليمون ، عن كبريتاة الكلسيوم . وهذه تغسل بالماء الحار حتى يصبح تفاعل الغسالات معتدلاً .

فلرشاحة (وتسمى الرشاحة الاولى) وتكون بثقل ١٥ - ١٧ بومه تنقل الى صندوق كبير مبطن بالرخاص ويضاف اليها غسالات كبريتاة الكلسيوم التي تزيد كثافتها عن ٤ بومه فيصبح السائل المزيج بثقل ١٠ - ١٢ بومه ويحتوي ١٣٠ غراماً من حمض الليمون بالمتز . فيجذب بانابيب الالات الماصة المساة بانابيب التعبئة (tuyaux de charge) .

اما كبريتاة الكلسيوم التي تبقى فوق النسيج المرشح طبقة بسبك ١٢ ستمتر آفتغل بقاء حار والغسالات التي تزيد كثافتها عن ٤ بومه تضاف الى الرشاحة الاولى كما قلنا والغسالات التي تكون بكثافة ٢ - ٣ بومه وتحتوي على ٢٠ غراماً من حمض الليمون بالليتر تجمع على حدة ويمدها حمض الكبريت الممدت لتحليل ليمونة الكلسيوم .

ولما تصبح كثافة الغسالات ١ بومه تخذ الكتلة بدفة تامة بملقعة خشبية

اخاديد قريب بعضها من بعض ثم يسأف سطح الجميع لئلا تبقى هناك شقوق
تفسد الفسل . والغاية من هذا التخديد تسهيل الفسل واستنزاف الراسب
وتفقيص المدة اللازمة لفصل الصندوق (وهي ست ساعات تقريباً) .
اما عدد الفسلات التي تقتضى لاستنزاف راسب كبريتاة الكلسيوم في
صندوق واحد فهو عشرة على الوسط .

وعندما نفحص الفسالة بمقياس القلوي فترى معتدلة التفاعل اي بمقدار
٠١١ غراماً بالمائة من كبريتاه الكلسيوم الرطبة تختتم عملية الفسل ويؤخذ
الراسب ويضم الى البقايا الاخرى .

ولأجل الفحص بمقياس القلوي يستعمل لمحول البوتاس خمس النظامي
ويجرى الفحص على ٠٠ غرامات من كبريتاة الكلسيوم ، بعد تمديدتها بشيء
من الماء النقي فيجب ألا يتجاوز كمية حمض الليمون ٠١٠٠ لاجل ١٠ غرامات
اما ٢١٠ غرامات من حمض الليمون فتعادل :

$$٣ \times ٠.٩١ = ١٦٨.٦٢ \text{ من البوتاس .}$$

وعلى هذا ينبغي ألا يصرف لاجل ٠١٠ سم . م أكثر من .

$$\frac{١٦٨ \times ٠.١١}{٠.١١٠٢ \times ٢١٠} = ٠.١٧ \text{ سم . م الى } ٠.٦٨ \text{ سم . م من محلول}$$

البوتاس خمس النظامي .

العملية الثالثة . - التكثيف والتخثير :

السائل الذي يحتوي على حمض الليمون ذاتياً والمجموع من تحلل ليمونة

الكليسيوم يكون بكثافة (١٠ بومة) كما قلنا وينقل بانابيب آلة التبخير بالخلاء وتسمى (مبخرة (évaporateur) حيث يخر ما فيه من الماء حتى يصبح بكثافة ٢٥-٢٨ بومه .

ينقل هذا السائل الكثيف الى آلة اخرى ذات الخلاء تدعى (محثرة (appareil à granuler فتبلغ الكثافة ٤٥ - ٥٠ بومه فتتكون اذ ذاك حثر (وهي حبيبات حمض الليمون النقية) .

فالكتلة المتكثفة الى هذا الحد تصب في صناديق خاصة حيث تفصل المياه الاصلية عن الجزء المتبلور - لاختلاف ثقل كل من هذين الجزئين - وتوضع الحثر في الآلة الفاصلة (turbine) ، لفصل الماء عنها تماماً ثم تغسل الحثر وتذاب مرة ثانية ويالغ في تنقيتها ثم تعاد وتبلور للمرة الاخيرة فيحصل حمض الليمون التجاري .

اما المبخرة فلها في داخلها انبوبان حلزونيان متحدا المركز يوازيان جدران الآلة الاسطوانية وهما من الرصاص المبطن بالنحاس يمر منهما البخار المتكون في المرجل .

واما المحثرة فليس فيها سوى حلزون واحد مفروش حول جدران الآلة الاسطوانية وينتهي في قعرها على شكل محارة الاذن .

فالابخرة المنطلقة في انشاء التبخير تمر من انبوب غليظ يتصل بمكثفة (condenseur) تحدث فراغاً (خلاء) في الآلة ، ولهذه المكثفة اناء آمن يدعى (حاجز الزبد) لتوقيف ما قد يتقذف من السائل ، خارج الآلة ، اذا كان الغليان شديداً وسريعاً وكان المائع كثيراً .

يوضع في المبخرة من سائل حمض الليمون الذي هو بكثافة ١٢ - ١٥ بومه ويختر تحت ضغط ٧ ٧٢ ستمتراً من الزئبق في حرارة قدرها ٧٠ - ٧٥ درجة مئوية حتى يصبح حجمه نصف ما كان عليه ثم تملأ من جديد وتبخّر حتى يصل مستوى السائل الى ما كان عليه في المرة الاولى وبهذا تكون كتلته قد انقصت ثلث حجمها الاول وتصبح بكثافة ٢٧ ٢٨ بومه مما يسهل انفصال كبريتة الكلسيوم عن السائل الحامض فيرنسب منها جزء في قرع الا لتلك تلك تنظف من حين لا آخر) والجزء الآخر يجرد اما بالترشيح او الابانة فالرشاحة تجمع في المحثرة .

والتبخير في المحثرة يجري كذلك تحت ضغط ٧٠ - ٧٢ ستمتراً من الزئبق وحرارة قدرها ٧٠ ٧٥ درجة مئوية ولكن عندما يشاهد من خلال نافذة الجهاز تكون الحثر في السائل تنخفض الحرارة الى ٦٠ درجة مئوية وتستبقى كذلك حتى ختام العملية .

فانخفاض الحرارة مع دوام غليان الكتلة يسهل حركتها ويسرع تكون الحثر وكلما قربت العملية من الختام (٣٠ - ٢٥ دقيقة من ظهور الحثر) يشاهد تناقص في الزبد الذي يغشى سطح السائل ولما يتقدم الزبد يغلق مدخل البخار وينزع الحلاء ويصب السائل المتكثف الى درجة ٤٥ بومه في صندوق مطلي بالرصاص حيث يتم التحثير فيترك نحو ٣٦ ساعة ليبرد .
وقد يكتفى في بعض المعامل الصغيرة بمحثرة واحدة ذات حلزونين تقوم بوظيفتي التبخير والتحثير معاً وتملأ خمس مرات او ست بل ثماني مرات متتابعة بحسب كثافة السائل الناتج من عملية التحلل

ان عملية التحثير عملية دقيقة تشدعي اناة وصبراً ومراقبة طوال العملية لحتمها عند الحد المطلوب والا اذا جاوز الحد فان زيادة حمض الكبريت المستبقاة في عملية التحلل مع كبريتاة الكلسيوم الناتبة في السائل دائماً ومع حمض الليمون الذي لم يتحتر بعد ، تكون نوعاً من سائل دبق يصعب فصله فيغشى الحثر ويمنع غسله .

وقد تكثر الرغبة المتكونة على سطح السائل حتى انها تملأ القسم الفارغ في الآلة وتحول دون مراقبة العملية . ففي مثل هذه الحال يصب شيء من زيت الزيتون (٢٠٠ غم تقريباً) بقمع على الآلة ليفثا الزبد .

اما الصناديق الخاصة بتريد الحثر فيجب ان تكون بحجم يستوعب جميع الكتلة الحاصلة من عملية واحدة (٧٠٠ كيلو غرام) .

وفي اثناء التبرد يتكون عجين مرصوص من دقيق حمض الليمون (اي من بلوراته اللقيقة جداً) تملوه طبقة سائل لزج هو الماء الاصلي المتكون من حمض الكبريت وكبريتاة الكلسيوم والذي يفصل عن العجين لاختلاف ثقله عنه بيان الماء الاصلي . ويقطع من العجين بملقط نحاسي كتلاً كبيرة تكس على سطح الصندوق لينضب ماؤها ثم ينقل هذا الحثر الى الفاصلة (turbine) المسماة المستخلصة المائية (hydro-extracteur) حيث يغسل ويجفف .

والحثر الناتج بعد هذه العملية وهو المسمى الاول (première) يذاب في الماء ويزال لونه ويصفى ثم ييلور .

اما الرشاحات الممددة فانها تبخر ويستحصل منها حثر اقل صفاء من

« للبحث صلة »

الاول يسمى الثاني (seconde) .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني سنة ١٩٣٠ م الموافق لجمادى الثانية سنة ١٣٤٩ هـ

التهاب السحايا المصلي المحدود

حادثة خاصة شغصت وعولجت جراحياً وشفيت

للككتور انتاس شاهين رئيس مريبات الاذن والحجرة والاتف

ان التهاب السحايا المصلي المحدود بعد ان كان سرّاً غامضاً اصبح بفضل
تبعات باراني (Barany) وهنري كلود (Claude) مرضاً واضح الاعراض
والاسباب وبفضل الأستاذ الاول سهل المداواة
ان كلود وتلامذته في فرنسا قد اهتموا كل الاهتمام بالتهابات السحايا
المصلية وزيادة الضغط القحفي الداخلي وقد قسموا الالتهابات المصلية اربعة
اقسام .

- ١- الامتسقاء الدماغى الداخلى او التهاب السبساء البطني
- ٢ الامتسقاء الدماغى الخارجى او التهاب السحايا المنتشر .
- ٣ - الشكل المختلط وهو مؤلف من الامتسقاءين الداخلى والخارجى .

٤ الشكل المحدود وهو قشري وقاعدي

والحادثة التي نرويها من النوع الرابع ومن الشكل القشري الذي ينحصر فيه بمحنا.

يعتقد كلود ان تسمية هذا النوع من التهاب السحايا بالمصلي لا توافق كل الموافقة المسمى لان وصف الالتهاب بالمصلي يفهم منه ان الاستسقاء لا يصل ابداً الى دور التقيح مع ان الواقع ينفي هذا فقد يتقيح المكان المصاب ويظن ايضاً انه زيادة خفيفة في حجم المائع والواقع يتاقي هذا ايضاً لان المائع في هذا الالتهاب كما في سائر الالتهابات يصاب بتغيرات كيميائية وحيوية فيزداد آحينه وتكثر فيه الخلايا البيضاء . ان كلود باعتراضه على هذه التسمية مصيب كل الاصابة ولكننا نجد في بعض اشكال هذا الالتهاب ان العرض البارز هو ازدياد الضغط بزيادة المائع في المكان المصاب فهو يفعل كجسم اجني ضاغط وهذا ما تحققناه في حادثتنا التي سنأتي على ذكرها . اما التبدلات في تركيب المائع فلا اهمية كبيرة لها

ان اسباب هذا الالتهاب كثيرة فكل عامل مخرش تخريشاً بطيئاً قد يكون سبباً لهذا الداء ورضوض القحف وجروح الفروة العفنة ولا سيما آفات الاذن والانف والبلعوم الطويلة الأمد . وأهم هذه الاسباب هو التهاب الاذن المزمن . واول الحوادث التي ذكرتها المؤلفات الطبية يعود الفضل في كشفها الى اختصاصيي الاذن . فقد ظنوا في اول الامر انهم امام خراج دماغي او مخيخي ناجم من التهاب الاذن المتقيح واذا بهم امام التهاب في السحايا متصف بصفات خاصة . وقد ينجم هذا الداء من التهابات السحايا الحادة التي اصابت المريض

في طفولته وشفي منها حينذاك غير ان بعض الاعراض الدالة على فرط في ضغط م . د . ش ظلت ظاهرة

وقد تكون التسمات البطيئة بالكحول أو الرصاص سبباً في هذا المرض ولا سيما في من كانوا قد اصابوا في طفولتهم بأفات سحائية خفيفة .

ويذكر كلود وانجر (Unger) ان لازهري والسل دخلا كبيراً في احداث هذا المرض وقد ذكر عدة حوادث كيسية منه كان السبب فيها احد هذين الدائنين .

والسحايا كسائر الاغشية المصلية حساسة جداً متى اقتربت العوامل المرضية منها وهي تنصف بالصفات ذاتها التي تتصف بها بقية الاغشية . . وتصاب

بالتحولات نفسها التي تصيب تلك فتزداد فيها قوة الافراز وتقل قوة الامتصاص وتصبح مقرأً للاتصاقات الكثيرة . واول عمل عمله متى اقترب منها الجسم

الضار هو التصاقها وتحديد الساحة العمل فتشبه بقية المصليات: غشاء الجنب والخلب واغشية المفاصل وغيرها . فكما يفعل الخلب في التهاب الزائدة

الدودية الخفيف الحدة باحداثه التصاقات تحدد ناحية الزائدة وتكوينه التهاباً خلياً محدوداً هكذا تفعل السحايا متى جاورها التهاب متيقظ فهي تدافع عن

نفسها بالطريقة ذاتها خوفاً من تسرب العوامل الضارة فيها . وتفقد في الوقت نفسه خاصتها الامتصاصية كما يقع في غشاء الجنب متى اصاب بالتهاب الجنب

التكيس . فيتراكم السائل في الناحية المحددة بالاتصاقات ويزيد في تراكمه طاملاً الركود الور يدي المسبب من الاتصاقات والسحايا الملتبته التي يزداد

افرازها . ويرجع كلود ان العامل الهام في حصول السائل هو اختلال الدوران وان زيادة الافراز تحدث اختلالاً في التوازن فيزداد المائع في هذه الناحية

المنفصلة عن الجوف العام بالتصاقات النهائية ولا سيما في قناة الحذبة الجانية فيزداد الضغط في هذه القناة ويتقطع بازدياده اتصال القناة بالطين الرابع وتصبح الضفيرة المشيمية الجانية كمصراع (valve) يسد ثقبه لوشكا . وتستمر هذه الحالة اشهرآ عديدة ولا تشفى الا اذا انقطعت احد هذه الالتصاقات او نقص الضغط فتعود خاصة الامتصاص او اجري توسط جراحي .

وتختلف اعراض هذا الداء باختلاف المنطقة المصابة ولكنها لا تخرج غالباً عن الاعراض الآتية : صداع شديد يشبه صداع الاورام الدماغية . تصلب في القرة وهذا العرض قد ينقص في بعض الاحيان ، اقياء تشبه الاقياء في اورام الدماغ ، دوار وهذا العرض خاص بالاختلالات الدهليزية ، ركود في حليلة العصب البصري في اغلب الاحيان وهذا العرض ليس بثابت ايضاً وتصاب الأزواج القحفية بالنسبة الى المنطقة الموءوفة : الثاني والخامس والسادس والسابع والثامن والعاشر . واصابة الزوج العاشر ليست مقصودة بل تأتي انعكاساً من العصب الدهليزي على نواة العصب الرئوي المعدي . وقد تقع اختلالات في الحذبة الخلفية ويرى شلال شقي لاصابة الطرق الهرمية . اما الاعراض الدهليزية فتكون ثابتة في اكثر الحوادث ولا سيما متى كانت الآفة اذنية المنشأ . اما الاعراض العامة فتجتمع كلها

وتشخيص هذا الداء صعب للغاية فهو يشبه اكثر آفات الدماغ الاتهائية والورمية وفحص م . د . ش لا يأتي دائماً بالنتيجة المطلوبة . فلو اخذنا مثلاً التهاب السحايا المصلي في الحفرة الدماغية الخلفية نراه مشابهاً كل الشبه باعراضه لاعراض خراج او ورم في هذه الناحية وكثيراً ما يخطئ الطبيب في تشخيصه

ولا يتوصل الى تشخيص الداء الا باعراض تالية كسك المريض والافاة الاصلية المسببة وشفاء المرض في بعض الاحيان بعد بزل القناة الشوكية .

اما انذار هذا الداء فليس دائماً جيداً وقد اختلف كثيرون من جراحي الرأس في تعيين درجته فمنهم من يعتقد ان الافاة ولو طال امدتها تنتهي غالباً بالشفاء بفضل البزل القطني او لشفاء الافاة المسببة ومنهم من يعتقد ان التوسط الجراحي هو الطريقة المثلى في شفاء هذا المرض ولو كان مستقراً في ادق المناطق الدماغية واكثرها خطراً ولنا نخطئ اذا ما وقفنا بين الرأيين وقفة الوسيط مستندين الى بعض الحوادث التي شاهدناها والحادثة التي عالجناها بنفسنا ولا نقول بخطأ الفريق الاول ولا نحبذ رأي الفريق الثاني بل نسير بين الرأيين فنعالج الحوادث الخفيفة الاعراض معالجة طبية منقصين ضغط م . د . ش بالبزل واما الحوادث الشديدة الخطر فلا تقف امامها وقفة المتفرج بل نعالجها بمجروءة وحكمة فبعد ان نفرغ الناقى الحشائي حتى ذروة الصخرة اذا كانت الافاة في الحفرة الدماغية الخلفية نزل المجمع المصلي او نوجه ازميلنا الى الناحية الجدارية الصدغية متى كانت الافاة في تلك الناحية ولم نر في الحوادث التي شاهدناها معالجتها والحادثة التي عالجناها بنفسنا شيئاً عن الخطر يدعوننا الى الرجوع عن رأينا هذا .

المشاهدة

و . ف . رجل في الرابعة والخمسين من العمر قوي البنية لم يصب في حياته بمرض وييل ولا سيما في دماغه لا يشرب المسكر الا قليلاً وشربه له متقطع ولا يستعمل المخدرات الاخرى صنعته غير متعبة . اصيب منذ ثماني سنوات بالتهاب حاد متقيح في اذنه اليمنى ولم يعالج معالجة حسنة فاز من الالتهاب

واحتمل سيلان القيح من اذنه اربع سنوات متوالية دون ان يصاب بألم ثم اعترته بعض الاعراض الدهليزية كدوار وترنح وألم رأسي جانبي ولم تستمر هذه الاعراض سوى شهر واحد ثم زالت بتاتاً ولم يعد يشعر بسوى السيلان القيحي الذي كان يتقطع ظهوره وفي شهر حزيران من السنة الماضية اعتراه فجأة دوار شديد مع اقياء وترنح نحو الجهة المصابة وألم شديد شغل نصف الرأس الايمن وناحية العنق الجانبية اليمنى . واعترته بعد خمسة ايام من ملازمته للفراش نوب تشنجية شديدة شبيهة بنوب الصرع كان يعقبها سبات يستمر عدة ساعات فظن طبيبه المعالج انه امام زهري الدماغ فاهمل فحصه ٥٠ د.ش ولم يعط مريضه مع اقتناعه بالتشخيص الذي وضعه الادوية المضادة للالفرنجي بل اكتفى بمقادير قليلة من الايودور والمسيلات .

وبعد مضي خمسة عشر يوماً على بدء المرض كان يظهر اثر اثيوب التشنجية ارتخاء بالطرفين المتقابلين للالفة لا يلبث ان يزول وفي اليوم العشرين من مرضه اصيب بشلل شقي ايسر تام مع لقوة متصالبة اثر نوبة شديدة ومنذ ذلك الحين بدأت نوب اختلاجية وتشنجية يرافقها هذيان شديد ولم يقتصر الهذيان على الكلام فقط بل اصبح المريض كالمعتوه يحاول ترك فراشه والابقاع بمن يعتني به وبقيت حالته على هذا المنوال حتى انقضاء شهر حزيران : ألم شديد نصفي اشده في الناحية الخشائية مع تصلب النقرة واقياء بدون اذنى جهد، حتى بين ٣٩ صباحاً والاربعين مساءً شلل شقي ايسر متصالب هذيان وسبات متقطع .

دعيت لمعالجته في اول تموز فوجدته كما ذكرت فبعد القاء بعض الاسئلة على اهل المريض ثبت لي انه مصاب بالتهاب الاذن الوسطى المتفحج المزمن الايمن

وبعد فحص اذنه جيداً وجدت مجرى الاذن مملوءاً بمادة قيحية تنبع الرائحة
لونها احمر الى السمرة ولم اجد اثراً لنشاء الطبل ولا لعظم المطرقة ولم اتمكن
من اجراء الفحوص الدهليزية لان المريض كان ملقى في سبات عميق : الناحية
الحشائية اليمنى شديدة الاحمرار مع ارتشاح خفيف . النبض بطيء لا يتجاوز
الستين . حليمة العصب البصري مرشحة ايضاً عوين م . د . ش . فكانت
النتيجة ان الضغط متزايد وان عدد الخلايا البلغمية في الساحة المجهرية زهاء
ثلاثين وكثيرات النوى ٣ - ١٠ ولم يبدُ شيء من العوامل المرضية واستنبت
م . د . ش . بين خلو هذا المائع من الجراثيم . فلم يبقَ لدي شك ان
هناك آفة دماغية ضاغطة . وانها على ما يرجح ناجمة من آفة الاذن فقررت اجراء
العملية الاستكشافية بطريق النائي الحشائي . فخذر المريض بالكلوروفورم
تخديراً خفيفاً ثم اجريت الشق العادي على طول الحشاء وثبتت العظام حتى
الغار وكان العظم قابلاً جداً وشديداً الاحتقان ولم اكد اصل الى الغار حتى
تدفق منه القيح تدفقاً لانه كان منحبساً فوسعت الثقبة ووجدت ان الجدار
العلوي للغار مصاب بنخرة عظمية وان فيه كثيراً من الاورام الكولسترينية
(cholestéatomes) فاكملت العملية بتفريغ الحشاء والصخرة وقد كانت
اندهاشي شديداً لروءي ان النخرة في الجدار العلوي للغار ممتدة حتى الام
الجافية وانها لم تكن مستورة الا بمجباب ليفي كثير التبرعم . فزعت بما
استطعت نزع من العظم المتخروا واكملت تعرية قسم من السحايا الجدارية .
وكانت السحايا متبججة بمبدلة اللون يشعر حين جسيها انها منضغطة من الداخل
الى الخارج . فظننت اولاً ان هذه هنالك خراجاً تحب الام الجافية وجمعت على

بزل الناحية . فبعد التعقيم ادخلت ابرة متوسطة الحجم وشعرت كأنها في جوف فارغ وامتلات المحقنة مائعاً مع انني لم احرك المدفع بل ان الضغط الداخلي قد حركه . وكان المائع صافياً لا تبدلات مرئية فيه فاخرجت الابرة وظل المائع يتدفق من الثقب تدفقاً شديداً . فاعدت البزل في جهات مختلفة فلم الاقِ ما لقيت في تلك البقعة . ثم بزلت البطينات فاستخرجت مائعاً غزيراً ذا صفات طبيعية . فتحققت حينئذ انني امام التهاب سحائي مصلي محدود ومتكيس . وبعد فحص ناحية الدهليز ترددت في اكمال العملية بتقني القنوات الهلالية وفتح الدهليزين الامامي والخلفي ولكنني رأيت ان الناحية لا اثر للنخرة فيها فابتقي الشطر الثاني من العملية الى وقت آخر مسترشداً بالاعراض التي ستستمر بعد العملية ثم خطت الجراح جميعه بعد حذف الجدارين الخلفي والعلوي مع توسيع فوهة مجرى السمع الظاهر .

نتيجة العملية هجعت الاعراض الناجمة من التخرش جميعها ، سقطت الحرارة في اليوم الثاني الى ٣٨° واستمر هبوطها التدريجي حتى بلغت ٣٦° في اليوم الخامس . زال الشلل جميعه ولم يبق له اثر بعد اسبوع اختفت الاعراض الاخرى جميعها وتمكن المريض من مغادرة فراشه في اليوم العاشر بعد عملياته ولم يبق سوى دوار خفيف مع ترنخ في المشية . غير ان الدوار زال جميعه في الشهر الثاني من العملية ولم يبق من الترنخ الا الشيء الخفيف حتى اليوم . واعتقد ان اتلاف التيه كان مفضلاً وظل المائع الدماغى الشوكي يسيل من الجرح حتى اليوم السادس بعد العملية . وقد تم اندمال الجرح بعد ثلاثة اشهر . والمريض الآن متمتع بصحة جيدة لا يشكو ألماً سوى اختلال خفيف في الموازنة .

حبة الشرق (Bouton d' Orient)

للدكتور شوكت الشطي الاستاذ في معهد الطب بدمشق

اهدى الينا صديقنا الزميل ادوار بهاجيان اطروحه
عن حبة الشرق وقد جمعت فأوعت فرغتنا في تدوين
خلاصتها وذكر بعض ملاحظاتنا عن هذه البثرة في
دمشق وضواحيها . والدكتور بهسجيان طبيب ومجاز
من السوربون وحائز على شهادة دراسة الصحة العليا
واجازة من معهد امراض البلاد الحارة فهو والحالة هذه
من خبرة المحققين في هذا الماء الجليدي .

كانت حبة الشرق لا تظهر الا في مناطق محدودة اهمها بغداد وحلب
وبصرة وملحقاتها وكانت الحرب العامة التي جيشت الجيوش وساقتها من بلدان
الى اخرى سبباً في نشر بعض الامراض التي كانت مختصة باقليم دون سواء
فانتشرت بثرة الشرق في انحاء لم تظهر فيها من قبل . فشاهدناها في ضواحي
دمشق وقرى اصطيافها (بقين وبلودان ومضايا) حيث اصاب بها كثير من معارفنا
واخذت تظهر في دمشق نفسها فشوهدت بضع حوادث في المهاجرين وحوادث
اخرى في الميدان مع ان المصابين لم يغادروا المدينة وللاستاذ طلعت بك معلم
الامراض الجلدية والزهرية في مستشفى الكلكانة بضع مشاهدات عن بثرة
الشرق في اشخاص لم يغادروا القسطنطينية . وكانت سهولة المواصلات بالبر

والبحر والجو سبباً آخر مساعداً لنشر الامراض فبعد ان كان العراقي لا يصل الى دمشق الا في ثلاثين يوماً أصبح يصلها في ثلاثين ساعة بالسيارة او اربع الى ست ساعات بالطيارة

وكثر تردد الحليين حيث الحبة بلدية الى دمشق عاصمة الدولة السورية وانتشرت فكرة الاصطياف في العراق فاخذ العراقيون يقصدون الى دمشق الفتاة وضواحيها الزاهية ليخففوا عن انفسهم لوعة الحر ويستنشقوا من نسيم وادي بردى العليل وهواء جبال سورية ولبنان البليل . وقد ظهرت حبة الشرق في اوروبا ولكن في اشخاص قادمين من مناطق موبوءة فتمكن اساطين الطب فيها من درسها . وقد اخذ معهد دمشق على عاتقه درس هذا المرض وهو أحق من غيره به وبدأ استاذ الامراض الجلدية فيه جميل بك الحائلي يتقصي ويستشر عما قريب ارواه في احدى المجلات الفرنسية المختصة بأمراض البلاد الحارة .

ولا يعير سكان البلدان حيث هذا المرض منتشر اهمية لظهور الحبة وزوالها لان سيرها فيهم سليم ولان قاطني هذه البلاد يعتقدون ان ظهورها امر محتم لا مئاص منه فهو قضاء وقدر لا مفر منه . هذا واذا كانت حبة الشرق سليمة في غالب الاحيان فان نديتها مزعجة ولا سيما متى ظهرت في الوجه فشوهت جمال المرأة وسيرها يزعج الجنسين وقد يستمر هذا السير مدة طويلة فيعصي المناواة وقد تبدو في بعض الاحيان علامات تدل ان الآفة ليست موضعية فحسب بل قد تنتشر ذيفانات عواملها المرضية في انحاء الجسد فتحدث حمى والتهاباً في الطحال وضخامة فيه وقد يافق البثرة شيج العقد البلغمية والتهاب

العروق البلغمية والتهاب الأوردة والحرمة

واطلق على حبة الشرق اسماء عديدة فسموها في بغداد بثرة بغداد وفي حلب حبة حلب وافضل تسمية هي داء الاليشانيا الجلدي على رأي أ. لافران درس ونيون (G.M. Wenyon) الذي قدم بغداد سنة ١٩١٠ حبة الشرق ونشر اراءه في المجلات الغربية ونقصى فيها الدكتور حنا خياط المدير العام لمصلحة الصحة في العراق والدكتور شادويك والدكتور حتي مدير مصلحة البيطرة ومعاونه في العراق

تاريخ حبة الشرق

يرجع ظهور حبة الشرق الى عهد قديم ، بحث عنها اطباء العرب ووصفوها لادوية مختانة ولا يزال يستعمل بعض وصفاتهم البغداديون حتى الان . وينسب سكان حلب ظهورها الى المياه الملوثة ويعتقدون بذلك اعتقاداً راسخاً وقد مرى هذا الاعتقاد الى سكان دمشق فاصبح الدمشقي يحتوز من شرب مياه حلب متى أمها غير ان ماء حلب النقي الذي جرفته الحكومة بدد هذا الرأي وقد حدثنا بعضهم انه قصد الى كثير من الاماكن الموبوءة وكان يمزج الماء بمادة مضادة للتعفن فلم يصب بأذى وقد اهمل ذلك مرة فالبث الداء ان ظهر فيه . ان الرجل صادق ولا شك غير اننا نعتقد انه في اسفاره الاولى كان شديد الاعتناء بصحته غير انه في المرة الاخيرة اهمل اتباع القواعد الصحية فلم يحفظ نفسه من البعوض كما انه اهمل تطهير الماء

وظلت الابحاث عن حبة الشرق غامضة لا تدعمها الحقائق حتى كشف

جيمس هومر رايت (James Homer Wright) الطغيلي سنة ١٩٠٣

ثم درسها في بغداد ونيون سنة ١٩١٠ ونشر عنها اطباء الجيش الانكليزي منذ سنة ١٩١٧ مقالات موجزة نشرت في مجلات طبية متنوعة

توزعها الجغرافي

تشاهد في وادي الفرات (Tigre) وفي بلاد القرس والبلاد المتاخمة للحدود التركية العراقية وفي سورية (حلب) وشرق الاردن وفلسطين وبلاد العرب .

الاسباب

تبدو حبة الشرق في السن ١ ٣ ٤ ويبدأ سيرها منذ الاشهر الثاني عشر الى الرابع عشر من العمر وقد تظهر منذ الشهر الثامن أو التاسع ولعل السر في ذلك هو ان الولد يبدأ بالزحف ويمشي في هذه السن فيغرب عن ملاحظة امه و يتعرض لوخز البعوض أكثر من ذي قبل .

وهي لا تظهر في المناطق الموبوءة في الغالب الا في الاطفال غير انها تصيب الكهول القادمين من بلدان لا حبة فيها . ويصاب الغرباء بها بعد اقامتهم في البلدان الموبوءة من ستة اشهر الى سنة وقد تظهر في اقل من ذلك ولا يتجوز منها في الغالب الا عدد قليل . ولا تحترم حبة الشرق الدرجات فهي تصيب الجميع على السواء تظهر في الاغنياء والفقراء غير ان جودة الصحة تساعد العضوية على مقاومتها ولهذا نراها اكثر انتشاراً في المصنكين المدنفين البلغميين وتنتشر فيهم ويطول سيرها .

وهي لا تحترم الرس بل جميع الراس اماها سواء غير انها اشد ولعاً بالامريائيين وهذا ما حمل موسوي بغداد على البحث عنها أكثر من غيرهم

فجر بوا التلقيح بكشاشة حبة آخذة بالسير ووضع الكشاشة في موضع من الجلد مزوغ يستطيع ستره فكانت تظهر الحبة في هذا المكان المعين ويحتب بذلك ظهورها في المناطق المكشوفة كالوجه غير ان جهل القائمين بالتلقيح حينئذ للطهارة جعل المكان الملقح يتعرقل بمحالات النهاية فنبتت هذه الطريقة ولم يعد اليها الاطباء بعد عهد باسثور العظيم . ويؤثر الفصل في سير المرض وظهوره فيقم الاثنان في الصيف غالباً في اشهر حزيران وقموز وآب بعد دور تفرينغ يختلف من شهرين الى ثلاثة اشهر وقد يمتد حتى تشرين ثم يبدأ دور الحدة ويناسب هذا السير زمن نضج البلع مما دعا الاهالي الى تسميتها في العراق (بيثرة التمر) تكون الحبة في آب حطاطة ثم تصبح عقيدة صغيرة . ويكون التمر في هذا الحين صغيراً وعقيدياً . ويناسب نمو التمر نمو الحبة فيبلغ النمو درجة الكمال في شهري ايلول وتشرين الاول وتكون الاقنة حينئذ في اقصى درجة اتساعها . وكثيراً ما نسبها العملة المشتغلون في جني التمر الى عملهم فالبدن يقم اذن في اشهر الصيف وابعده في شهر تشرين الاول . وقد تظهر في اشهر اخرى فيكون السبب طول دور الحضانة

التفرينغ

تختلف مدة دور التفرينغ باختلاف المقاومة البدنية ووطأة الجراثيم وعددها ويعتقد لافران ان اقصر مدة للتفرينغ هي خمسة عشر يوماً واطول مدة سبعة اشهر وأوسطها شهران . ويصاب القادمون لبلاد موبوءة بعد وصولهم بشهرين الى اربعة اشهر . وقد ذكر ونيون حادثة لم يستمر دور التفرينغ فيها اكثر من اسبوعين وقد لقح ونيون نفسه وامرأة في بغداد فظهرت الحبة بعد

سبعة اشهر في المرأة وستة اشهر ونصف الشهر فيه . وقد اعتاد الدكتور ساطي التلقيح في الموصل ويعتقد ان مدة التفرغ المعتادة شهران

الصفات السريرية

تبدو الحبات في العراق بشكلين ويقال لبعضها مذكرة وللبعض الاخر موءنة وذلك بالنسبة الى شكلها وقياسها . فالحبات المذكرة هي آفات عقيدية صغيرة لا تتقرح عادة واذا تقرحت لا ينسع التقرح . اما الحبات الموءنة فانها تتقرح باكراً ويتسع التقرح نحو المحيط فتكون بذلك قرحة تبلغ سعتها سعة نصف المجدي وقد تنسع اكثر من ذلك في الاشخاص المهملين .

غير ان هذين الشكلين ليسا مميزين دائماً اذ قد يتقرح النوع العقيدي ويتسع فيصبح مشابهاً للحبة الموءنة وقد يقف هذا الاتساع قبل ان يلغى حد البثرة الموءنة فتتجم من ذلك اشكال متوسطة . تشاهد الحبة المذكرة في جهات العراق المنخفضة كما في البصرة وملحقاتها واما الموءنة فمنتشرة في جميع انحاء العراق

السير

دور البدء : تبدأ الآفة كبقعة حمراء صغيرة تشبه وخزة البعوض وتسبب حكة بسيطة وتستقر الآفة عادة كوخزة البعوض في الاقسام المكشوفة . ولا تلبث البقعة ان تصبح لطححة فحطاطة في مركزها نقطة عقيدية وتنتج بعد ذلك الى السير نحو الحبة المذكرة او الحبة الموءنة ومتى اتجهت الى السير نحو الحبة المذكرة سترجلها بتحسف ايض خرشفي اذا نزع ظهر تحتها قاع جيبي محمر حيث الجراثيم . ويظهر فوقها بعد حين قشرة يتم تحتها فصل الترميم . ولا تلبث القشرة ان تسقط تاركة مكانها ندبة يضاء منخفضة قليلاً لا تتجاوز

سعتها سنتين ويختلف كبر هذه الندبة باختلاف جسامه العقيدة الاساسية
اما الحبة الموءنة فان عامل التخریب فيها اشد عمقاً وسطحاً . ويبدأ
التخریب من مركز العقيدة ويمتد الى المحيط . وهذا التقرح غير مؤلم ويستمر
نحو بضعة اسابيع ثم يقف النمو طيلة دور الحدة

دور الحدة : اتساع القرحة في هذا الدور كنصف المجيدي تسترھا
قشرة صفراء ناجمة من تجعد مهل القرحة . وترى فيه الطفيليات وجراثيم اخرى
مشاركة . واذا سقطت القشرة من نفسها او ازيلت بصدمة او نزعا المريض
ظهرت مكانها قشرة ثانية

ويدو التقرح تحت القشرة عميقاً فعره غير منتظم عمرفه عدة براعم
آخذة بالتكاثر تقابلها عدة انخفاضات

حافات القرحة مدورة او بيضية غير منتظمة مشرذمة كأنها مقطوعة
بالمجوب (emporte pièce) ومحاطة بمنطقة حامية

هذا هو شكل البثرة السريري غير المعرقل وهذه هي طريقة نمودا . يستمر
هذا الدور من شهرين الى خمسة اشهر ولا يلبث ان يتلوه دور الندب ان هذا
الشكل هو المألوف في العراق وهناك اشكال متوسطة حيث تكون القرحة اقل
اتساعاً او اكبر انتشاراً وقد تبدو في اطراف القرحة قرحات اخرى ولا يبعد
ان تتحول القرحة الى قرحة اكلة او يخالطها اتان .

وقد شوهلت حادثات وقعت فيها الحطاطة الصغيرة عن النمو ثم زالت
وقد تدنى العقيدات وتشفى دون ان تترك اثرأ ولا يبدو حينئذٍ تقرح
دور الترمم او الشفاء يتم الندب يبطوء فتزول المنطقة الحامية وتنخفض حافات

القرحة وتنمو البراعم اللحمية وتنساقط القشور ويتلو تساقطها ظهور غيرها ويرى كلما سقطت القشرة ان الندب قد ازدادت ثم تتكون ندبة ايضا تصطبغ وتبقى علامة خالدة

المدة

تختلف لعدة اسباب: وطأة الجراثيم وعددها وشكل الآفات ومقاومة البنية والعناية بالجلد والمداواة

ومدتها في العراق سنة واحدة ولذا يسمونها (حبة السنة) وقد تبلغ هذه المدة خمسة عشر شهراً او ثمانية اشهر

عدد الحبات

واحدة في الغالب وقد تكون اثنتين او اكثر من ذلك الى خمس . فاما كانت الحبة واحدة اطلق عليها العراقيون اسم الاخت واذا كانت عديدة سموها الأخوات . وقد يبلغ عدد الحبات خمس عشرة او اكثر من ذلك غير ان هذا نادر . وذكر ف . د . اوفن حادثة رجل شاهده في ليفربول سنة ١٩٢٦ وقد ظهرت حبته الاولى في بغداد ثم بسلت فيه عقيدات يبلغ عددها ٢٥٠ . ولينته الى ان الحبات لا تنمو جميعها في وقت واحد بل يتلو بعضها بعضاً وقد ترى في شخص واحد آفات في ادوار مختلفة من نموها تنتج من التلقيح الذاتي (par auto inoculation) ولا سيما الحك

نقل الحبات في الجسم تبدو الحبات عادة في الاقسام المكشوفة وهذا ما جعل الموءلفون يقولون ان الوسيط هو البعوض . ولا يصاب الرضع الا قليلاً واذا احترمنا هذه القاعدة وارادنا تطبيقها على الطفل رأينا ان الطفل الرضيع

تستر جميع اقسامه حتى ان وجهه لا يترقنا رقيق ويراقب الاهل صحة
رضيعهم احسن مراقبة . وتبدو الحبات في الظهور إعتباراً من السنة الاولى
وتظهر في الوجه ولا سيما في الاذن والجفنين السفليين والحدين والشفتين والدقن
وقد تبدو في العنق والرقبة . وتصاب الاطراف في اقسام معينة ففي
الطرفين العلويين حذاء الساعدين واليدين وفي الطرفين السفليين في الساق والقدم
ولا تبدو الحبات عادة في الفروة ولا في اخمص القدم ولا في راحة اليد .
اما الاغشية المخاطية فلا تصاب بها . وكذلك الامر في الكحول فان الوجه
معرض كثيراً لهذا المرض

الاعراض

ليس لهذا المرض اعراض عامة اما الاعراض الموضعية فهي تخديش خفيف
وحكة بسيطة . ولا ينجم من الحبة نفسها آلام اما اذا خالط الجوار التهاب
تالي فتبدو اعراضه .

العراقل

كثيراً ما يخالط حبة الشرق اتان تالي . وينجم هذا الاتان التالي من
المكورات العنقودية والعقدية وتشاهد هذه العراقل ولا سيما في الاطفال
والكحول الذين يحملون امر النظافة . وسوء البنية العامة يعدها للاتانات التالية
ويوسع القرحة . وقد ينجم من هذا الاتان التالي تقيح فتقرح يتسع شيئاً
فشيئاً وقد تبلغ سعته راحة اليد وهكذا تمتد القرحة اذا كانت في
الوجه فتأخذ الحذ والجفن السفلي والاذن وينجم من هذا التقرح ندب مزعجة
وتلتهم العروق البلغمية في دورها وتتفخ العروق العائده اليها اما العراقل

الآخري كالحمرة والتهاب الوريد فهي نادرة والعراقل المتأخرة التي تنجم من الندب الميعة لا بد من وقوعها وهي قد تكون صغيرة وبسيطة وقد تكون متسعة فتحدث في امكنة استقرارها اضطرابات وظيفية ومتى استقرت الندبة في الجفن السفلي جذبته واحداثت بذلك الشطر الخارجي وقد يدعو الامر الى انسداد الشوون (مجاري الدم) . وقد تبدل ندبة الوجه الواسعة منظر المصاب بها فيقصر انفه ويصغر فتبدل ملامح الوجه وتشوهه .

العامل المرضي

اول من درس في بغداد لايشانيا البلاد الحارة ونيون ثم عقبه في التفصي مؤلفون آخرون . ولم يعد من مجال الاشك في اتهام غيرها لانها اصبحت حقيقة علمية . واذا لقحت الحيوانات بهذه الطفيليات اتقلت العدوى اليها

التشريح المرضي

دقق ناتان لاريه في خزعات مأخوذة بغية الاستقصاء الحيوي فبين له ان عدد الطفيليات كثير في منطقة النمو عمقاً وسطحاً . ويبدو في البلغميات عدد كبير من الالاشانيا ايضاً . وقد تستولي الطفيليات على الخلايا الضامة وشوهدت الطفيليات ايضاً في خلايا الوعاء الاندوتالية . تسكن الطفيليات غالباً باطن الخلايا وقد يكون بعضها حراً في افضية التسيج الضام وفي لمعة المروق البلغمية وسطح الآفة نفسها

وتبدو في المركز نخرة تخثرية او بعبارة اخرى حوءول نظير الليغين في الحزم المولدة للغراء وفي هيولى الخلايا الضامة وتبقى نواها سليمة وتجزأ العناصر

الحرة الكريات البيض الوحيدة النواة وكثيرات النوى والكريات الحمر
ويفاعل السيخ الضام وترى خارجاً منطقة مركبة من ارتشاح خلوي تغلب
فيه كريات بيض ووحيدة النواة غير محببة وكريات بيض محببة

التشخيص

سهل متى كان الطيب خبيراً بصفاتها السريرية ويمكن من أخذ كشاطة
منها وتحري الطفيلي فيها

الانذار

سلم وتشفى الحبة على الرغم من اهمالها

انتقال الحبة

تبدو حبة الشرق في الكلاب ايضاً فقد شاهدها فيل من سنة ١٨٥٤ في كلاب حلب
وشوهدت ايضاً في كلاب طهران غير ان ونيون لم يشاهدها في كلاب العراق .
وقد اثبت الحكيمان البيطريان شفيق وحتى من العراق ان الكلاب تصاب في
العراق بداء اللايشمانيا وقد اثبتا ذلك بالفحص الطفيلي وتبدو الآفة في
الكلاب في الاقسام المعراة من الشعر . والحبات في الكلاب عديدة عادة
وقد اتضح الآن ان الكلاب تلعب دوراً عظيماً في ادخال الفوهات

الاتان التجريبي

نقل المرض من الانسان الى الحيوانات : جرب الحكيمان ونيون وساحاتي
نقل المرض من الانسان الى الانسان الاول في بغداد والثاني في الموصل
فكانت نتائجها ايجابية

ويمكن نيكول ومانسود ولافران من احداث حبة الشرق عن طريق التجربة

في الكلاب، واستطاع ونيون تلقيح الققط . وثبت التلقيح في الحمار والحصان
والماعز والخروف والارانب وحيوانات اخرى
اما الطيور فليست معرضة لهذا المرض .

العدوى المقصودة والمعتقة والذاتية

العدوى الذاتية ناتجة وكثيراً ما تظهر في المصاب بحبة الشرق اذا لوث بها
الظفر وحك به مكان آخر حبة اخرى وهذه هي العدوى الذاتية ويمكن
ونيون من احداث حبة غموضية بمحقن الادمة بالفوعة او بوضعها على سخجة غير
ان تجاربه كانت سلبية حينما كان يضع الفوعة على جلد سليم لان بشرة الجلد
السليمة توءلف سداً منيعاً ازاء الجرثوم

ويعتقد لافران ان العدوى المقصودة من الانسان الى الانسان ممكنة كما ان
العدوى المعتقة بالثياب وحوائج المريض ممكنة ايضاً . غير ان هذه العدوى
لا يسلم بها جميع المؤلفين

الانتقال المعتف — الضيف

ان ظهور حبة الشرق في الاقسام المكشوفة دليل على انتقال العدوى
بالحشرات وتبين اونيون ان فوعة حبة الشرق قد تكون ضيفاً على الق وتقتل الفوعة
بمخروطوم الذباب وارجله وطريقة هذا الانتقال آلية
«للبحث صلة»



الصحة وكيف نتوصل الى وقايتها

والحفاظة على ديمومتها

خطبة القاها الدكتور كامل سليمان الحوري في احدى الحفلات

في بوسطن ماس بناءً على طلب عمدتها

ايها المحفل الموقر من سيدات اديبات وسادة كرام

يجوز لنا ان نشبه جسم الانسان بحصن يهاجمه الاعداء من كل ناحية وفي كل لحظة ، فكما ان القلعة اذا تواني الحراس في حراستها سقطت في يد العدو المهدق بها وصعب عليهم فيما بعد استرجاعها ، هكذا صحة الانسان تحتاطها الادواء وتحيق بها جراثيم العلل على الدوام ، فاذا تغلبت عليها صعب جداً اعادتها الى حالتها الاصلية الاولى .

فمن هم حراس قلعة الجسم البشري ؟ وكم عددهم ؟ .. وما هو سلاحهم وعددهم ؟ .. وما هي وظائفهم ؟ تلك مسائل أتي على بسطها بما يمكن من الاختصار فيما يلي . انما ارجو من سامعي الكرام تبجي في بحثي هذا خطوة خطوة ، لان هذا البحث ككل بحث علمي عملي .. هو عبارة عن سلسلة حلقات متناسكة اذا قد السامع حلقة منها تاه عن نوال الغرض المطلوب والفضالة المنشودة .

قلت ان الجسم البشري يشبه الحصن ، بل يجوز تشبيهه بملكة منظمة

حاكمها الاكبر الدماغ ، ومدير اشغالها الهامة القلب والاوعية ، ومدير الذخيرة فيها المعدة وباقي الجهاز الهضمي .

فما دامت اعضاء الجسم الانساني سائرة على خططة منظمة في القيام بما عهد اليها من المهام ، كان الجسم اميناً من كل عدو مفاجئ . ولكن يوم يحل فيها الضعف او يعروها شيء من الوهن ، فهناك الخطر المهدد لها اذ تصبح عرضة لهجمات العلل الويلة والادواء الفتاكة والعاهات العسرة الشفاء .

على انني اخال اسمع معترضاً يقول : « ان ولدي فاجأه المرض على حين غرة ، اذ لم يكن يشعر بشيء ابدأ بل كان متمتعاً بتمام الصحة والعافية والنشاط » فرويدك ايها المعترض الأديب ، ألا فاعلم ان ذاك الطفل - قبلما اشتد عليه الداء --- قد كان ولا شك منصرف الصحة منذ بضعة ايام ، على ان والدته لم تك تهتم لأمره لانهما كها في الاشغال اليتية ، ولعلها تذكر الآن ان ابنها كان يسعل من وقت الى آخر ، وانه فقد قابلية الطعام . واحتر بدنه بيد ان جارتها قالت لها : « لا تجزعي سلميه الى الله » ماذا يقدر ان يفعل الطبيب ! بالامس حصل لابني مثل ذلك وانتهى الامر على سلامة وخير بدون ما استشارة حكيم » .

وهكذا ترصلت الجارة الى تحويل افكارها عن اجراء اللازم منذ البدء ، ولما اشتدت الوعكة عليه اصبح جسمه اقل قوة ونشاطاً لدفع الامراض المنتشرة جراثيمها في الهواء المحيط بنا ، والمتصقة بمواد غنائس من لبن وخبز وخضر وفاكة ومتاع ، ونقود ، ولما دخلت هاتيك الجراثيم بدنه التحيف الغض عن طريق التنفس او الهضم ، وجدت حامية الجسم منهوكة القوى ،

خاتمة العزم ، فنثبت برائيتها فيه ؟ ...

ومعترض آخر يقول : الا بربك أعفنا من هذا التفلسف ، فالتما المرض امر رباني ومن له عمر فلا تقتله شدة ... وهلا ذكرت ايها الناصح المتفلسف قوله تعالى : انا الذي أميت واحيي ، وأسعد واشقي وافقر واغني ؟ ...

فعلى رسلك ايها المعترض . فانا مثلك او من باله واحد خالق قد سوى فابعد ، واقرب بانه لا يتم شيء في الكون الواسع الا باذنه ومشيئته ، تقدمت اسماؤه الحسنی . بيدانه - جل شأنه - قد وضع نواميس وحدوداً لهذا الكون وسن الخلقاته شرائع وأنظمة وامرهم باطاعتها والعمل بموجبها ،

وتوعدهم بالعقاب بأشد العقاب ، وحسبنا دليلاً على ذلك الحاقه القصاص الرهيب ببناء آدم عليه السلام وبكل ذريته من بعده . فعلينا اذن - ايها السيدات والسادة - التمسك بالاوامر الصحية التي سنّها لنا رجال الله العظيم ، والتي يرسمها كل يوم علماءنا الاعلام ، فهم - فيما يتعلق بشؤون الصحة - بمنزلة الرسل والمبشرين الذين لهم القسط الأوفر في نشر الكتب القيّمة وهداية البشر الى خير الطرق الكافّة لهم رفاههم ونجاحهم .

واني اعتقد ان والدين الذين يتكولون اتكالاّ اعمرى على العناية بالحفاظة - بدون ان يتمسكوا بالوصايا الصحية - يصابون بداء الكسل الوخيم وكأني بهم يريدون التنصل من مشقة او تعب ، بدعوى اتكالهم على الله . والله عزّ شأنه لن يرضى بمثل هذا الاتكال ، بل قد قال للانسان الاول : بعرق جيتك تأكل خبزك . والمثل الدارج يقول عن لسان الحكمة : يا عبيدي قم حتي اقوم معك ، والمثل الفرنسي يقول : ساعد نفسك تساعدك السماء ؟ ...

وهذه المناسبة اذكر حادثة محزنة تريككم جلياً ضرر الاتكال على الله بدون سعي : منذ بضع وعشر سنوات اذ كنت في حمص - عالجت طفلاً مصاباً بالدفتيريا ، وكنت احذر والديه وجدياً ألا يدعوا نفثه ومواد قيائه تلوث الأحرمة وغيرها من اثاث البيت وفرشه لانها تخزن في طبائنها جراثيم العلة الزيلة ، وقد يجوز ان تعود فتقلها بعد اشهر الى اشخاص آخرين اذ انها شديدة السراية والعدوى ، ولكنني كنت كالكتاب على صفحات الماء . أخيراً ساعدت العناية وأبلّ . الطفل ، بيد ان اخاه الاصغر اصيب بالداء فبادرت حالاً الى مداواته ، وكنت اثناء كل عيادة احذر ذويه بوجوب التحفظ من نشر جراثيم العلة . لكنني ما كنت لأسمع الا هذا القول : الله المسام يا شيخ او ما يجري مجراه . أخيراً يرى . الولد الثاني . وبعد شهر من الزمان اخذ الوالدان ابنيهما الى دير ما جرجس ليقصاً لهما شعرهما اذ كانا قد نذرا ذلك . ولكن . لكند الطالع احتاجا في تلك السفرة الى استعمال الأحرمة . الصوفية التي كانا يستعملانها لهما اثناء مرضهما . فحدث بعد عودتهما من الزيارة الى البيت ان اصيب الولد الاكبر بالحصبة التي ما عمت ان اختلطت بالحنانق الدفتيري ثالية ، وقد امتدّ الداء في هذه المرة الى خنجرته وقتك به ، وفي اليوم الثاني اصيب اخوه بالعتين ذاتهما وقضى نحبه . ثم بعد يومين اصيبت اختهما الصغرى ولحقت بهما . . . كل هذه المأساة الفاجعة حصلت في اسبوع واحد ؟ . . . قأملوا ايها السادة . . .

سامعي الكرام - سبق قللت ان جراثيم الادواء منتشرة في الهواء المحيط

بنا - اي انهواء الذي نستشقه بالشهيق والذي يدخل اعماق رئاتنا . وهي تلامس بيوتنا وثيابنا ومواد طعامنا والمياه التي نشربها وقطع النقود التي تعامل بها الى آخر ما هنالك .

ولقد اثبت العلم أخيراً ان اغلب العلل - ان لم تكن كلها - ذات جراثيم سارية غاية في الصغر لا ترى الا بالمجاهر المكبرة التي تعظم الشيء من خمسمائة مرة الى الف مرة وأكثر . اما العلل التي لم يقفوا بعد على جراثيمها فالعلماء يجمعون على انهم سيجدون جراثيمها يوماً ما . وبناء على ما تقدم نرى جلياً ان العلم بتقدمه وارتقائه قد قتل فكرة الاصابة بالعين التي كانت فيما مضى سائرة بين الناس حتى انها حملت على اذاعة النطق المأثور : العين حق والعدوى باطلة . وقد جاز لنا اليوم قلب الآية فتقول : ان العدوى حق والعين باطلة . . .

....

فانما سلطنا بصحة ما تقدم - وتلكم هي الحقيقة التي لا يمارى فيها - ترتب علينا ان نجتهد في جعل حامية جسمنا على أتم الاستعداد لدفع كل مفاجئ معتد . ويحسن بنا ان نعرف أولاً ما هي او بالحري من هي الحامية في الجسم البشري . تعلمون ايها السيدات والسادة ان دم الانسان مركب من مصل وكريات دموية بنسبة ١٠ في المائة من الاول واربعين من الثانية . ووظيفة الدم هي حمل الاوكسيجين اي مولد الحموضة والغذاء الى النسج ونقل مواد الثور والانحلال من الاعضاء والنسج الى الاغضاء المفرزة كالجلد والكلية والرئتين . ومن وظائف الدم الهامة ايضاً حفظ البذن على حرارة متساوية اي جعل الحرارة فيه على قدر لازم بقطع النظر عن الاختلافات الجوية من

برد وحر ورطوبة .

اما الكريات الموجودة في الدم فعديدة ، واهمها نوعان
الكريات الحمر والكريات البيض . اما الكريات الحمر وعددها يترو
على الخمسة ملايين في الملمتر المكعب من الدم فوظيفتها تقوم بنقل او كسيجين
الهواء (مولد الحموضة) الذي نستنشفه الى النسيج . وبعد ان تدور بواسطة
الشرايين والاوعية الشعرية وتلحق اقصى وادق اقسام الجسم ، موزعة عليها
ما تحمل من مولد الحموضة الضروري جداً للحياة ، ترجع بدورتها الدموية الى
خلايا الرئتين العديدة والمتناهية في الدقة حيثما تمتص الاوكسيجين ثانية من الهواء
الجديد الذي استنشقناه بالتنفس ، بعد ما ندفع بالزفير الهواء الاول الذي بات
فقيراً بالاوكسيجين « اي غدا ساماً لقله هذا الاخير فيه وانشباعه بالحامض
الكربوني الذي حملته اليه الاوردة من اقصى اجزاء البدن »

اما الكريات البيض فهي اكبر من الحمر ويبلغ حجمها واحداً من الفين
وخمسمائة جزء من القيراط ، وهي ذات نوى وحرركات متحولة (اميبية) ، وتولد
في الجسم البشري من النسيج البلغمي (الليمفاوي) والطحال ونقي العظام، ويبلغ
عددها من خمسة الى عشرة آلاف في الملمتر المكعب من الدم . فتكون اذاً
نسبة عددها الى عدد الكريات الحمر كنسبة واحد الى خمسمائة او الف .

ولهذه الكريات البيض خاصة الفتك بالاجسام الغريبة والمواد الصابغة
وانواع الراحبيات الحية والميتة مع كلاً نفرزه من موادها السامة .

اول من اشار الى فعلها الواقعي هذا هو متشنيكوف الروسي خليفة العلامة
باستور الشهير الذي قدم للبشرية خدمة لا تقدر فوائدها، وفتح للعلم والطبابة

عوالم جديدة من الاحياء المهددة لبني الانسان في كل آن ومكان .

وقد ذهب متشيكوف اولاً الى ان حماية البدن من فلك الجراثيم الوبيلة تنحصر في الكريات البيض وحدها ، بيد انه ما عثم ان عاد فبدل رأيه فيها فيما بعد ، عندما اثبت العلماء خاصة مصل الدم لقتل الباكثيريا ابي الراجيات ، ثم اثبتوا بعد ذلك وجود مواد في الدم اطلقوا عليها اسم المحاربة « alexinen » وغيرها اسموها الطاهية « opsonine » مما لا يسمح للمقام بالتبسط فيه ومن شاء ذلك فعليه بمراجعة المؤلفات التي تبحث فيه .

فكل ما ذكر يساعد معاً على ملاشاة ما تفرزه الجراثيم الوبيلة عند دخولها للجسم وجعلها في حالة من الضعف تمكن الكريات البيض من ابتلاعها وملاشاتها .

وخلاصة الخلاصة انه ما دام الجسم في حالة جيدة من الصحة ، كانت هاته الدوافع والحواشي في حالة حسنة ايضاً ، ولكن يوم يمرض البدن وهن ما تضعف بضعفه ، فاذا دخلت الجسم جراثيم الادواء المنتشرة في كل محل وفي كل لحظة كما سبق قلنا نفثت مفرزاتها السامة حيثما تستقر وكونت ما يدعى بعرف الاطباء مستعمرة (colonie) وبواسطة هاتيك المفرزات السامة تنسج حولها سداً منيعاً من النسيج المتصاب لتدرا عنها اذى دوافع الجسم عندما تستيقظ هذه من سباتها .

.....

والمنزى من كل ما تقدم بسطه هو انه يتحتم على كل منا عندما يعروه رشع خفيف في صدره او وعكة ما في جسمه ان يعمد الى المكث في فراشه وان

يتنزع بكل الوسائل لتقصير الوعكة . وهكذا يتيح للجسم ان يأخذ حظه من الراحة وان يستعيد قوته فتعود الدوافع في بدنه الى نشاطها الاول ومناعتها الفطرية ، واذ ذاك يأمن اشتداد الباء ، وتبعد عنه العلل والارزاء ، ولقد جاء في الامثال المأثورة : ان درهم وقاية خير من قنطار علاج ، والسلام على كل من أرشد فاسترشد ، وهدى فاهتدى



تحضير المצועين (opérés) : التخدير

الاعتنات السابقة والتالية للعمليات

للكثور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

يتوهم البعض في هذه البلاد ان العملية الجراحية لا تفترق عن عمليات اخرى يسأل رب احد المعامل قضاؤها مع ان جسم الانسان ليس آلة جامدة كسائر الآلات ولا شعبة الجراحة مرأباً (garage) او دكان ساعاتي يدخله الانسان وزجاجة ساعته مكسورة فيخرج منه بعد عنبة وقد استعصى عن تلك الزجاجة بزجاجة صحيحة .

ان هذا مستطاع الحدوث متى كانت العمليات الجراحية طفيفة : كاستخراج ابرة كسرت في يد خياطة او استئصال كيس دهني او رد كسر الكعبرة وتثبيتته وسوى ذلك .

ومتى كانت الافة تستدعي الاسراع كحادثة دهن او انسداد امعاء يجرى التوسط الجراحي في الحال غير ان هذه السرعة لا تنفي التأمل والتحضير القصير . ولكن اذا كان المريض مصاباً بالتهاب المرارة الزمن او بحصاة كلوية ولم يضع في اليوم الثاني لدخوله المستشفى فلا يجوز له ان يعجب لهذا الابطاء كما نرى في اكثر الاحيان فبلي الاطباء ان يزرعوا في عقول مرضاهم هذا الامر

لان المريض لا بد من درسه درساً دقيقاً وتحري درجة متانته قبل اجراء اي العمليات له ولو كانت في دورها البارد لكي تكون جميع شروط النجاح متوفرة له .

ومتى كانت البنية فنية قوية سليمة تحملت العمل الجراحي جيداً ومتى استتج من معانة اجهزته جميعها انها سليمة وكان التوتر الشرياني قريباً من حدوده الطبيعية ولم يكن في البول عناصر غريبة ومتى كانت بولة الدم في حدها الطبيعي وكان تخثر الدم كذلك كان الخطر الجراحي قليلاً جداً .

غير ان المعدين للعمليات الجراحية لا تتوفر فيهم جميع هذه الشروط فعلياً اذن ان تتحرى درجة اقترابهم منها او ابتعادهم عنها لنستتج من حالتهم درجة الخطر الجراحي وعلينا ان نقرّبهم ما امكنا من الشروط الطبيعية الحسنة قبل ان نجري العملية لهم .

كل هنا يدعونا الى قبول المريض وتركه في المستشفى عدة ايام قبل بضعه لكي تتمكن من معانة اعضائه واخلاطه ولكي يستريح جسده لان الراحة بضعة ايام تشط دفاع الجسد وقوته المعنوية . فانه يرى المبتضعين ويسمع حديثهم فيطمئن بالله الى العملية التي كان يخافها وفي الوقت نفسه تطرد سمومه وتقوى اعضاؤه بجميع الوسائط الممكنة حتى تجابه الصدمة الجراحية وتحملها جيداً . والراحة في عمليات الفتوق نفسها واجبة لكي تستعيد العضلات نشاطها بعد ان يكون المريض قد استراح في فراشه بضعة ايام واذا تركنا التعفن جانباً وتساءلنا عن سبب الحثية في بعض العمليات المهمة عرفنا .

ان النسيج جميعها بعد التخدير تصاب بتلف شديد فان المواد الازوتية

تحرر في البنية وتسمها تسمياً حاداً قد يكون مميتاً متى كانت الاعضاء
الفرغة والمعدلة لا تقوم بوظيفتها حق القيام . وان نزفاً قد طرأ ولم يستطع إيقافه
ولست اعني به هذه النزوف التي تقف بالربط بل هذه النزوف المبهمة التي تدفق
من سطح واسع ولا يستطيع التغلب عليها فتفقر دم المريض وتضعف متانته
وتعيده عاجزاً عن التغلب على اصغر العراقل هذا اذا لم يقض نجه في الساعات
الاولى التي تعقب العملية على الرغم من الاحتياطات الدقيقة التي اجريت له .
فلنحذر دائماً النزف الناشئ من تخصير الكبد .

وقد لا يتمكن المريض من تحمل الصدمة الجراحية كأن بنيته قد اصبحت
بالذهول ووظائفه الحيوية قد شأت فيها وجهازه العصبي قد خار ووهن اثر
عملية جراحية طويلة المدة .

فعلياً ان نعاين معاينة سريرية تامة جميع المرضى المعدين لتوسط جراحي
مهم دفعا للطوارئ الممكنة الحدوث .

وقياس التوتر الشرياني بوقفنا على حالة جهاز الدوران وعلاقته بالأجهزة
الآخرى ولا سيما الكلية وما اذا كانت تقوم بوظائفها حق القيام او اذا كانت
محتلة . فمتى كان التوتر الأقصى منخفضاً والأدنى مرتفعاً خشي من قصور القلب
ولا يجوز البضع اذا كان التوتر الأقصى اقل من ٩ والأدنى من ٥ فعلى الجراح
ان يتذرع بجميع الوسائط للاقتراب من الحالة الطبيعية .

وتحري العناصر غير الطبيعية في البول الاحين والسكر وحامض الحسل
الثنائي بوقفنا على حالة الكلية والكبد .

فالآحين دليل على عطب الكلية ومنبه لنا لتحري التهاب الكلية . والسكر

دليل على الماء السكري الذي يدعونا كشفه في المريض الى اخذ الاحتياطات اللازمة دفعا للعراقل الجراحية الخطرة التي قلت جداً بعد كشف الانسولين وحامض الحثل الثنائي علامة على تسمم البنية بالحموضة ونذير سوء اذا ما اجريت العملية مباشرة . لان بقاء القلوية في البيئة الداخلية لا مندوحة عنه ولان نفاذ هذه القلوية وظهور الحموضة مكانها دليل على ان الكبد لا تحسن وظيفتها .

وتجب معايرة بولة الدم (urée sanguine) فهي في الحالة الطبيعية بين ٠٠٦٣٠-٠٠٦٤٠ . ستعظم فمتى اختلت وظيفة الكلية اختلالاً كبيراً اجتمعت الفضلات في الاخلاط بعد العملية وكان الموت تأمراً (par urémie) بعد بضعة ايام .

واذا لم يكن مخبر قريب لمعايرة البولة فهناك اختبار بسيط يمكننا من تحقيق كيفية افراز المريض لبولة واعني به كيفية افراز الفانول سولفون فثالين الذي يخضع انفراده للشرائح نفسها التي تخضع لها البولة . فبعد ان يبول المريض (وتستخدم هذه الكمية لتحري العناصر غير الطبيعية الاحين والسكر وحامض الحثل الثنائي في البول) يسقى قدح ماء بارد وتحقن اليه او كتلتها العجزية القطنية باستمرار مكعب واحد من محلول فيه ستة ملغرامات من الفثالين .

ثم يجمع البول بعد الحقنة بسبعين دقيقة . ويعاد قلوياً باضافة ٣ سم^٢ من مغسول الصوده اليه فيقلب لونه احمر متفاوت الاشباع .

ويضاف اليه من الماء المقدار اللازم ليصير المجموع لتراً ويقابل لون البول الممدد بلون انايب شواهد من الفثالين بمقياس لون برونو اوليان سيفغوره

فتمتى كانت وظيفة الكلية طبيعية افترت من الفئالتين المحقون به في ساعة وعشر دقائق ٥٠-٦٥ ٪ من مجموع الفئالتين فاذا كانت الكلية مريضة افترت اقل من ذلك .

ويستحسن تحري وقت نزف الدم وتخثره ولا سيما متى كانت العملية تجري على الكبد او الموتة (البروستاة) . فلكي نعلم وقت النزف (وهو ثلاث دقائق في الحالة الطبيعية) تشق شحمة الاذن شقاً طوله ملمتر او ملمتران فاذا انصب الدم اكثر من ست دقائق حذار من العملية واذا استمر ٨-١٠ دقائق وجب عد الشخص مستعداً للنزف ومعالجته المعالجة اللازمة قبل العملية .

واما زمن التخثر فيعرف ببزل الوريد واستخراج سم^٢ واحد من الدم بمحقنة زجاج ووضعها عموداً بدون تحريك فاذا تخثر الدم فيها بعد ٥-٦ دقائق كان التخثر طبيعياً . واذا طال تخثره خشي من النزف واذا كانت جميع هذه الاختبارات غير مرضية كان على المريض ان يتبع نظاماً غذائياً ملائماً ومعالجة موفقة حتى تقرب هذه الاختبارات من الحالة الطبيعية .

ويعطى المريض مقويات القلب والمبولات المتنوعة والمصل الفليكوزي والزيت المكوفر والاستر كنين والديجيتالين والثيوروبين . وتكافح الحموضة بالشروبات السكرية وثاني فحماة الصوده وقلة التخثر بـ كورور الكلسيوم اربعة غرامات في اليوم في الايام الثلاثة التي تتقدم العملية والانتاما (anthéma) والهاموستيل او ينقل كمية قليلة من الدم ٢٠ - ٣٠ سم^٣ في المساء الذي يسبق العملية .

واذا كان المريض فقير الدم جداً نقل له من الدم كمية كبيرة . ويحمم

المريض وتُظف أسنانه وفمه وانفه . وإذا كانت العملية على المعدة تتسل معدته ويترك بعد كل غسل في معدته ربع لتر او نصفه من الماء القلوي لدعم القلوية في الجسد .

واجتناباً لذات القصبات والرئة الكثيرة الحدوث بعد عمليات انبوب الهضم يستحسن استعمال الماء اليودي بحسب طريقة غراغوار او الاستفاح (vaccinothé rapie) بالمكورات المعوية (entérocoque) كما يصنع لمبرت او بالمكورات العقدية والعنقودية او الرئوية او بلقاح متعدد القوى (polyvalent) حسب اختيار الطبيب ونحن نستعمل هنا المصل المضاد للمكورات الرئوية للأشخاص الطاعنين في السن قبل اجراء العمليات لهم .

وكان الصيام والمسهل في ما مضى امرأ لا مندوحة عنه في تحضير المريض للعملية الامر الذي كان يضعف قوة دفاعه ويجعله في اسوأ الشروط لاحتمال الصدمة الجراحية .

فالصيام السابق للعملية يسهل حدوث الحموضة لان الشخص ينفق من شحمه ويصرف ما ادخر من مولد السكر (غليكوجن) مع ان الواجب يقضي بادخار كمية كبيرة منه في الكبد وهذا ما يدعونا الى تغذية المريض كثيراً وطويلاً قبل العملية مع مراعاة العضو الذي ستجرى عليه العملية

والمسهل ينقص مائة الجسد ويفرغ الكبد وتحتقن منه الكلية ويجب التبول (oligurie) وينقص ان فراغ المواد المفزة مع البول وتحتقن به الامعاء ويسهل حدوث الألم الذي تولده الغازات ويزيد حمة الجراثيم ويولد التهاب الامعاء والكولون الحقيقي وهذا ما يجب اجتنابه متى اجرينا عمليتنا على الانبوب

المضحي . واذا كان لا بد من افراغ الامعاء فلنستعمل حفنة شرعية فائرة كبيرة ولنكررها اذا اقتضت الحال .

ويستحسن في الايام التي تسبق العملية ان يسقى المريض كثيراً من الماء لكي تنسل كليته وان يعطى قليلاً من اللحم وكثيراً من الاثمار ومدقوق الخضر لكي يذخر كثيراً من مولد السكر . وان يعطى من ثافي فحاة الصوده غرامين قبل كل طعام لتعديل قلوبته .

ولست ارى حاجة الى ذكر التعقيم الشديد واتباع احسن الطرق الجراحية يوم العملية لان في هذا سر النجاح وتحضر ناجية العملية بتضميدها بالكحول او بالكحول الايودية الخفيفة .

ولكن هناك خطراً لا بد من اجتنابه وهو التخدير . ان اختيار المخدر لا يزال الجدل حوله شديداً ومما لا شك فيه ان جميع المخدرات تميّت وهذا ما يدعونا الى اختيار اخف المخدرات تسميماً واسهلها استعمالاً .

اما الكلوروفورم فيجب تركه لانه اشد المخدرات سمية فهو يميّت بالغمشي الابيض منذ استنشاق البخار الاولى ويميت بعد حين بتسميمه للكبد . غير ان الحوامل في اثناء وضعهن والاولاد يحملونه بسهولة .

واما بروتوكسيد الازوت فانه يستدعي جهازاً معقداً ومخدرآ متدرناً .
واما كلورور الاثيل فلا يستعمل الا في العمليات القصيرة ويستعمله شافسو في استئصال الموتة ويستخدم قناع شابو وحاية فيها ٣ سم^٢ منه ومدة التخدير فيه ثلاث دقائق . واذا نشق طويلاً كان خطراً ومميّاً ايضاً لان الحجاب يقف في حالة الشيق ولا يفيد النفس الاصطناعي وجميع من يستعملونه يخشون عواقبه .

واما المخاليط كزيج شليخ فصعبة التحضير .

بقي علينا ان نذكر ما نستعمله نحن : جميع العمليات التي يستطيع اجراؤها بالتخدير الموضعي نفضل فيها هذا المخدر . وانني استعمل الالبين الذي كان مستعملاً في الشعبة من قبل محلولاً بنسبة ١ / ٠ . غير انني افضل محلول الكوكايين بنسبة ١ - ٢٠٠ وجميع العمليات المهمة الواقعة تحت السرة نجريها بالتخدير القطني .

والعمليات الواقعة فوق السرة نستعمل فيها الاثير عادة بمجهز امبردان ونستعمل الاثير ايضاً في جميع حالات نقص التوتر الشرياني لانه رافع للتوتر متى كان المرضى لا يتحملون التخدير القطني .

اما التخدير القطني فنجريه بين الثانية والثالثة او الثالثة والرابعة القطنيتين فبعد ان نكون ملائماً المحقنة بالمخدر نزل القطن بآبرة توفيه الدقيقة المنجزة بنطب (mandrin) نزرعه بعد دخول الآبرة فينصب السائل الدماغي الشوكي بينما نأخذ محقنتنا وندفع السائل المخدر منها بدون ان نمزجه بالسائل الدماغي الشوكي وبلاإسراع او إبطاء . ويترك رأس المريض عالياً بضع دقائق ثم يضعج مستوياً او منخفض الرأس اذا اقتضت الحاجة .

وبعد ان جربنا عدة مخدرات النوفوكاين والسنتكاين وغيرهما هذه المواد التي يقال فيها انها اقل تسميماً غير انها في الوقت نفسه اخف قبلاً حتى انها كانت تضطربنا الى اسمال مقادير كبيرة منها فكانت تحدث بعض العوارض، عدنا الى طريقة ابادي (Abadi) : بنين (كافئين) تحت الجلد قبل التخدير القطني بنصف ساعة وستوفائين . اما المقادير التي نستعملها فهي في الغالب اربعة سنتغرامات

وكثيراً ما نكتفي بثلاثة قطط والمحلول الذي نستعمله هو مستغرامان في كل سم^٢.
واننا لراضون عن هذه الطريقة لاننا ننجني منها النتائج الحسنة على ان يكون
المحلول حديث العهد اي لا تكون قد مرت على تحضيره سنة .

ومضاد الاستطباب الفرد الذي يمنعنا عن استعمال التخدير القطني هو خفة
التور الشرياني والتسمات الكبيرة او تبه عصبية المرضى ورفضهم لهذا النوع
من التخدير وحنائة السن . وحسنات هذه الطريقة تختصر بان المخدر
لا يسيء الى الكبد ولا الى الكليتين ولا يحدث عراقل رئوية او صدمة وانه
يجعل الاحشاء في مسكون تام ويستغنى به عن شخص مخدر واما المحاذير فخفيفة:
صداع في الغد مدته ٤٨ ساعة اذا وجهت انظار المريض الى هذه الجهة وهو
يسكن اذا كان مؤلماً بمجن الوريد باربعين سم^٢ من الماء المقطر حسب
طريقة لريش .

يقولون انه لا يجوز استعمال التخدير القطني في الزهرين ولعلمهم محقون متى
كانوا في الدور الاول من دائهم اننا قد استعملنا هذا التخدير في عدة
مرضى لم نكن نعلم انهم مصابون بالافرنجي واستعملناه ايضاً في زهرين
قدماء كنا نعالجهم بقصد تحضيرهم للعمليات فلم نر محذوراً من
كل هذا .

وقد اعتاد المرضى هذا التخدير فاصبحوا يسألوننا اجراءه . ومتى كان مانع
يمنع التخدير القطني يستعمل الاثير بجهاز امبردان وقد سهل هذا الجهاز استعمال
هذا المخدر كثيراً . تتحمل الكبد الاثير اكثر من الكلورفورم ويتم التخدير
باستنشاق مزيج من الهواء الصرف وابخرة الاثير وهواء الزفير نضني به حامض

الكر بون الذي هو منبه للبصلة وصائن للنشاط التنفسي

يصب في جهاز امبركان ١٥٠ غم من الاثير ويطبق على الوجه مع السهر على منع الهواء عن الدخول بين القناع والحدين ويدخل ايهاما المخدر في حلقتي الجهاز الجانبيتين والاصبعان الاخيرتان ترفعان زاويتي الفك دافعتين الفك الى الامام . وتترك اليد اليسرى للجهاز اونة بعد اخرى لكي تدير المفتاح وتحري الانعكاس القرني .

يترك الجهاز دقيقتين على الصفر ثم ترفع الابرة المشيرة نصف درجة كل نصف دقيقة حتى تصل الى العدد ٦ او ٦ فينتظر اذ ذاك ٧ - ٨ دقائق ريثما تزول الانعكاسات ومتى نام المريض تعاد الابرة حتى الدرجة الدنيا اللازمة للاستمرار على التخدير والمعادلة لثلاث درجات ونصف الدرجة في الرجال و٣ في النساء و٢ في الاولاد و١ في الاطفال . ومتى بدىء بالتخدير لا يجوز رفع القناع الا متى كان اللعاب غزيراً .

واذا سئل المريض دل ذلك على ان مقدار الاثير كبير فوجب خفضه تدريجياً او الرجوع الى الصفر حتى يعود التنفس الى نظمه الطبيعي فيعاد التخدير واذا قام المريض لا يجوز رفع القناع والا تضاعف الغثيان بل يجب حني الرأس الى احد الجانبين ورفع الابرة ليزداد التخدير فتعود المياه الى مجاريها بعد بضع ثوان فينظف حيثئذ القناع والمريض لانه اذا رفع القناع دخل الهواء الصرف الرئتين فوقف التخدير وافاق المريض ويجب ان يسترشد المخدر بالحس القرني في التخدير بالاثير . ولكي ينقل المريض بدون ان يعتريه غثيان او قيء يجب ان يكون قد بلغ التخدير فيه درجته التامة قبل ان يترك . وبعد ان ينتهي

التخدير ويرفع القناع يستحسن وضع رقادة رطبة على انف المريض لكي لا يتنفس مباشرة الهواء البارد .

وقد وقع في شعبة الجراحة حادثا غشي تخديري في مريضين خدرا أحدهما بالايثير والاخر بالكلوروفرم فعولجا بمحقن القلب بالادرنا لين حسب طريقة توباوشنيا .

وعليه يجب ان يكون في قاعة العمليات حجاب ادرنا لين في كل منها مغرام ومحقنة وابرة معقمتان طول الابرة ٥ - ٧ سم (ابرة تخدير قطعي) وهذا الامر ننبه له دائما ونسأل الممرضة عنه كل حين .

فاذا اصاب المخدر غشي واستعملت الوسائط العادية لاعادته الى الحياة ولم تنجح يجب قبل ان تمر ثلاث دقائق على بدء هذه المارضة ان تفرز ابرة في الورب (الفاصل بين ضلعين) الرابع ملامسة لحافة القص اليسرى ولحافة التضروف الخامس العليا ثم تحنى الابرة قليلا الى الانسي نحو السرة وتدخل حتى يخرج منها الدم ويحقن بسم او ستمترين مكعبين من محلول الادرنالين . وحقن عضلة القلب تكفي ويثابر على التنفس الاصطناعي حتى تعود المياه الى مجاريها . ويجب ان يوقى المريض من البرد حين نقله من قاعة العمليات الى غرفته فغطيته اذن جيدا واجبة . و يلاحظ ان بعض المخدرين بالايثير يعرقون عرقا غزيرا فيجب الاحتراز من هذا العرق الغزير والبرودة التي قد تعقبه . يوضع المريض في فراش دافئ ويضع على ظهره ويدفأ بمحما (bouillottes) ولكن حذار من حرق اخمص القدمين في المخدرين تخديرا قطبيا لان هذا الحرق قد يكون اشد وخامة من العملية نفسها وقد يستدعي معالجة اطول منها .

ولا يجوز ترك المضوع قبل ان يفنى بل يجب مراقبته لئلا يجلس او ينزع ضماده والنخ .

وهذا العمل تقوم به الممرضة وهو من اهم واجباتها لانها تتحاشى به معظم العوارض . وقد تكون وضعة فولر (نصف جلوس) مشاراً بها بعدئذ ولا بد من انهاض القلب واعطاء المريض الذي بقي ماءً ليجدد به ما فقدته وتسهيل البول بجميع الوسائط والسهر على وظيفة الكلية التي تفرز الفضلات التي عدلتها الكبد ام لم تعدلها . وينفع في هذه الحالة حقن تحت الجلد بالمصل الملح بنسبة ٩ بالالف او بالمصل الفليكوذي بنسبة ٢٥ بالالف ولا سيما في المصابين بامراض الكلية او اجراء التقطير المستقبلي حسب طريقة مورفي (لتران الى اربعة التار في اليوم) ويفضل بوشه على هذه الوسائط المستعملة في مكافحة الاعياء وخفة التوتر الشرياني نقل كمية كبيرة من الدم . واذا بدت حموضة الدم وكان لا بد من الامراع يحقن الوريد بمائة وخمسين سم^٢ من مصل انريكاز الفليكوذي الزائد التوتر بنسبة ٣٠٠ في الالف وذلك مم القلويات او بدونها .

ويفكر في بعض الحالات الاخرى بنقص الكلورور فيكافح هذا الامر بحقن الوريد بالحللول الملحي بنسبة عشرين في المائة (٥ مرات في اليوم وكل مرة ٢٠ سم^٢) حسب الطريقة التي اشار بها غوسه ويينه وباقي دواته حديثاً .
وعلى الرقابة الطبية الجراحية المح^٢ ثائية بضرورة ممرضة حاذقة يعهد اليها بمراقبة المضوع مراقبة دقيقة وشمله بالاعتناءات الضرورية ولا سيما نظافة جسده واثرابه وفراشه ومراقبة عجزه . ولا بد من معرفة بعض العوارض

الكثيرة الوقوع بعد العمليات والتي تسهل مكافحتها :

فالألم يسكن بقليل من المورفين يحقق به المريض إلا اذا لم يكن ما يمنع الحقن به . مساء العملية لان نوم المريض في ليلته الاولى ضروري .
ويكافح الألم التاجم من توسع العرى المعوية بالغازات بوضع مسبار شرجي يدخل عاليا لتخرج منه الغازات .

وقد تستدعي الاقياء غسل المعدة . واما توالي العملية فاما ان تكون بسيطة او معقدة . فاذا لم يطرأ طارئ جاز للمصابين بافات الطرف العلوي او الوجه او العنق او الثدي ان يتركوا السرير قبل اندمال جرحهم . واما المصابون بأفات الجذع والبطن والطرف السفلي فلا يجوز لهم الوقوف الا بعد اندمال جروحهم اي ١٥ - ٢٠ يوماً بحسب الحالات . ولكن بما ان المرضى هنالا يطيعون الطبيب ولا يتقيدون بارشاداته فاني اخطط جدار البطن طبقة واحدة بخيوط الشبه (bronze) فاذا نهض المرضى من اسرهم يوم العملية نفسه فلا تدفع العرى المعوية تحت الجلد كما قد يرى احياناً بعد خياطة الجدار طبقة طبقة خياطة متقنة بالحشة (كاتقوت) في اليوم الثامن حينما تنزع المقارب (agrafes) .



التقيح اللثوي

لطبيب الاسنان الدكتور ابراهيم قندلفت

اقتديين من الاحصاءات التي اجريت في الولايات المتحدة في السنة الماضية ان ثمانين بالمائة ممن تجاوزوا الاربعين من العمر مصابون بالتقيح اللثوي في احدي درجاته فها هو الامر اطباء الاسنان في تلك البلاد فعقدوا مؤتمراً في مدينة نيويورك اقتصرت اجائهم فيه على هذا الداء الويل من طرق الوقاية منه الى كيفية اكتشافه وتشخيصه وهو في دوره الاول الى طرق معالجته اذا استفحل . ولما كان نقشي هذا الداء لا يقل في بلادنا عن بلاد الاميركان رأينا ان نقل لقراء هذه المجلة اهم ما قيل في ذلك المؤتمر مبتدئين بطرق الوقاية من التقيح اللثوي فنقول :

أياً كان نجاح الطبيب في معالجة احد الامراض فان الخدمة التي يؤديها هي ثانوية انا فودنت بالفائدة العظيمة التي تنتج من اتخاذه الاحتياطات اللازمة لمنع حدوث ذلك المرض لا سيما اذا كان المرض جراحياً لان الجراح ولو كان ماهراً لا يستطيع ان يعيد المريض جميع ما فقدده اياه ذلك المرض . وليس ادل على صحة هذا القول من الامراض التي تتاب النسيج المحيطة بالاسنان كمرض فوسن والتقيح اللثوي . فمن خصائص هذين المرضين انهما يتلفان النسيج المحيطة بالاسنان فالاول يتلف اللثة والثاني الحافة السنخية نعم لانكر ان هذين المرضين قد يشفيان غير انه لم تعرف حتى الان واسطة لتجديد

النسج المذكورة بعد تلفها بل تبقى اللثة متراجعة والاسنان متخلخلة والجذور مكشوفة شديدة الاحساس .

ولا يخفى ان الخطوة الاولى للوقاية من اي مرض كان هي معرفة اسبابه فاذا لم تعرف هذه تمام المعرفة وتتخذ الوسائل الضرورية لازالتها كانت الجهود المبذولة لنعم ذلك المرض عن الحدوث قليلة الفائدة ان لم تكن مجرد معنها . لذلك قل من نجح في منع التقيح الثوي او شفاؤه اذ ان الاسباب الحقيقية لهذا المرض لا تزال مجهولة على الرغم من التقدم السريع الذي حصل في السنوات الاخيرة في هذا المضمار فاذا أمعنا النظر في اسباب التقيح الثوي رأينا لمنطق يحدونا الى قسمتها ثلاثة اقسام (١) ينطوي تحت القسم الاول تلك العوامل التي تعود الى اسباب جهازية (٢) وينطوي تحت القسم الثاني العوامل الموضعية الخاصة بكل حالة من الحالات (٣) واما القسم الثالث فيشتمل على العوامل الموضعية المشتركة بين جميع الحالات على السواء .

فمن عوامل القسم الاول الوراثة وتشوشات التحول وعدم انتظام التغذية وما شاكل من العوامل التي تؤثر هل نسيج النعم لقبول المرض اذا توفرت الاسباب الموضعية حتى انه قد يكون البول السكري العامل الرئيس في كثير من حالات التقيح الثوي . وقد وصف غوتليب (Gottlieb) نوعا من التقيح الثوي يتميز عن الانواع الاخرى بضمور العظم ذلك الضمور الذي هو في اعتقاده السبب الرئيس للتقيح الثوي لكنه ليس سبباً موضعياً بل مظهراً موضعياً لحالة جهازية مرضية .

اما القسم الثاني من الاسباب فيشتمل على تلك العوامل الموضعية التي

قد تكون او لا تكون في جميع حالات التقيح كتعفن الفم وانجاس فضلات الطعام بين الاسنان وضغط الاطبايق الزائد وسوء لاطباق الخ وهذه العوامل وان تكن ثانوية في الالهمية ذات تأثير يذكر ويجب الانتباه لها في محاولة منع التقيح اللثوي او شفائه .

نأتي الان للقسم الثالث من العوامل وهو الاسباب الرئيسة في احدث التقيح اللثوي التي تكون في جميع الحالات على السواء وهم هذه العوامل الجراثيم . غير انه لما كان التعفن لا يحدث الا متى ضعفت المقاومة وجب عدت هذا العامل اي ضعف المقاومة من جملة العوامل الموضعية التي لا بد منها في كل حالة من حالات التقيح اللثوي . ولا بد لحدوث التقيح كانت الاسباب المذكورة انفاً جميعها او بعضها من وجود هذين العاملين اي الجراثيم وضعف المقاومة . فمرض فنسن (Vincent) سببه جرثوم خاص به اما التقيح اللثوي فسيبه الجراثيم العنقودية والسلسلية وان تكن هذه ليست خاصة به .

الوقاية من التقيح اللثوي: يستتج مما تقدم ان الاسباب المباشرة والرئيسة للتقيح اللثوي هي ضعف مقاومة النسيج ووجود الجراثيم . اما بقية الاسباب التي ذكرت اعلاه تحت القسمين الاول والثاني فليست سوى عوامل مهينة للمرضى باضعافها قوة النسيج عن مقاومة الجراثيم . لذلك كان لا بد في محاربة هذا الداء من توجيه الجهود الى زيادة قوة المقاومة في النسيج من جهة واثلاف جراثيم الفم من جهة اخرى فالامر الاول اي زيادة قوة هذه المقاومة تتكفل به الطبيعة وذلك بقيام الاسنان والنسيج المحيطة بها بوظائفها الخلقية حق القيام . فقد كان طعام الانسان الاول خشناً صلباً وفي اغلب الاحيان نيناً يحتاج الى مضغ شديد

لذلك كان التقيح اللثوي غير معروف عنده . اما اليوم فأكثر طعام الانسان المتحضر لين لا يحتاج الا الى مضغ قليل فلا تترأض الاسنان والفكان وما يحيط بها من النسج الرياضة الكافية الامر الذي ينشأ منه سوء تكون الفكين وصفرها وانحصار الاسنان وشدة قابليتها مع النسج المحيطة بها للأمراض . لذلك كان من الضروري في محاربة التقيح اللثوي ان توجه الجهود الى تنبيه القوى الحيوية الكامنة في هذه النسج وذلك بجعلها تقوم بالوظيفة التي خلقت لها . فبوعز للمريض باستعمال اطعمة الصلبة والحشنة التي تحتاج الى كثرة المضغ فترأض الاسنان والنسج المحيطة بها رياضة طبيعية تقرن بالرياضة الاصطناعية باستعمال العسيل (الفرشاية) .

استعمال عسيل الاسنان : على الرغم من كل ما كتب وقيل عن اضرار العسيل حتى ان منهم من قال بوجوب طرحه جانباً اقول على الرغم من كل ذلك فالعسيل لا يزال اهم الوسائل لاتقاء الامراض السنية ومعالجتها . ويجب على كل من يستعمل العسيل ان يعلم ان التمسيد والتنبيه اللذين يحصلان للنسج المحيطة بالاسنان من استعمالهما مساويان في الاهمية للتنظيف الذي تحصل عليه الاسنان نفسها فاذا اقتصر في استعمال العسيل على تنظيف الاسنان فقط ضاعت نصف الفائدة المتوخاة على انه يجب تدريب المريض على استعماله حتى يجتنب الاضرار بالنسج الرخوة .

وبلي استعمال العسيل في الاهمية الانتباه لاعادة تماس الجوار بين الاسنان اذا كان مفقوداً واصلاحه اذا كان مغلوطاً اذ ان ضغط الطعام للاعمار (الثالثة ما بين الاسنان) يودي الى تهيجها التهابها فتصبح في حالة من المقاومة ضعيفة لا تقوى على رد غارات الجراثيم . كذلك يجب تخفيف الضغط الزائد عن

بعض الاسنان ذلك الضغط الناتج من فقد الاسنان المجاورة وذلك بالتعويض عن الاسنان المفقودة باخرى اصطناعية .

هذا من جهة حفظ نسج الغم في حالة الصحة وقوة المقاومة . اما من جهة اتلاف الجراثيم او تقليلها على الاقل فان ذلك يتم باستعمال المساحيق والمعالجين المطهرة مع العسيل وغسل الغم عدة مرات في اليوم بمحلول مضاد للجراثيم ومع الانتباه لتنظيف ما يعلق بين الاسنان من فضلات الطعام اما بالعسيل او بالخيط الحريرية المصنوعة خصيصاً لهذه الغاية .

(يجمع)

ضرر الاشرية الروحية

للدكتور مرشد خاطر الاستاذ في معهد الطب بدمشق

دعت رئاسة جمعية منع المسكرات في دمشق
صاحب هذا المقال لالقاء محاضرة في حفلة اقامتها
في النادي الكاثوليكي فلبى الدعوة والتي هذه
الخطبة التي قشرها على صفحات هذه المجلة لعلاقتها
بمحنة مجلتنا ولما لها من الفائدة الادبية
(المجلة)

في دمشق نهضة مباركة خلتنا ان نغد اليها يد المساعدة ونندفعها الى الامام
بكل قوانا ، في دمشق تنبه فكري جديد يجدر بنا ان نشطه ونعلوبه ما استطعنا
في افق الرقي والتجاح ، في دمشق فئة تعمل عملها النافع وتسدي الى البشرية
خير الخدم والفوائد وهي لا تطلب عن عملها جزاء ولا ترمي من وراء فعلها الى
مناصب او جاه أو شرف بل تعمل الخير حباً بالخير وتصنع البر حباً بالبر وهذا
لعمري منتهى السمو في الاخلاق والعلو في المبادئ ، في هذه المدينة عصابة من
السيدات الفاضلات رأين بعض العادات قد استفحلت واضرت فبين الى مناهضة
هذه العادات السيئة وتقليص ظلها ابصرن ان الشبهة سائرة الى الخمول والانحطاط
ققمن قومة واحدة الى انهاض الشبهة من هذه الكبوة والعودة بها الى السراط
المستقيم وما هذه الفئة ايها السادة الا هذه العصابة المباركة التي شرفتنا اليوم
بدعوتنا الى هنا النادي الكريم واذنت لنا بالكلام لطفاً وكرماً مع اننا كننا

تمني ان نسمع ونعي لا ان نتكلم ونثر هذه الفئة قامت لمحاربة المسكرات في مدينة عم فيها هذا البلاء واستولى هذا الوباء انه لعمل كبير يذكر بالاعجاب لان الحكومات مع ما لديها من القوة والعدد قد احجم معظمها عن اتيان هذا العمل وامتنع عن الاقدام عليه مع تحقيقه لنفعه وتأكده لفائدته وهذه الفئة النشيطة لم تغر عزائمها ازاء العمل الشاق المجيد الذي اخذت على عاتقها القيام به ذلك لان الكلام افضل في النفوس من الحراب ولان الاقناع اشد تأثيراً من الاكراه والاجبار.

فالي كل سيدة من سيدات هذا النادي الكريمات ارفع احترامي واجلائي مقروناً بالاعجاب

من الطالبات سيداتي وسادتي ما لا يرد ومنها ما لا يرد ومن الثانية هذا الطلب الذي وجهته الي رئيسة الجمعية الفاضلة عقيلة العصامي الكبير والناطقة العلامة فارس بك الحوري فقد شئت ان تشرفني بالثول امامكم في هذا المساء بدعوتي الى الكلام وفي هذا لذة لي وشرف اقدرهما قدرهما غير اني اعتذرت مينااً لحضرتها الاشغال الكثيرة التي يطلب مني انجازها والوقت القصير الذي لا استطيع توسيعه لانني لم اوهب قوة يشوع بن نون ولا عظته فلم يلاق عذري لديها قبولاً فامتثلت واطعت والطاعة خير من الذيعة وجئت اكلكم في موضوع اقترحه علي حضرتها وهو ضرر الاشربة الروحية

هذا الموضوع ايها السادة

رحب متمم الاطراف يتمكن الباحث فيه من قسمه عدة اقسام وتخصيص كل قسم منها بمحاضرة خاصة دون ان يفيع حقه من الاتقان لان من نظر الى

الخمرة واضرارها تمثل امامه في الحياة مشاهد يجدر بكل منا ان يتخذها عبرة
 لنفسه وان يطبعها في مخيلته ليتعظ بها مجتنباً الخمرة وتأثيرها اجتناب الافعى
 ولست احاول سيداتي وسادتي ان امثل امامكم هذه المشاهد جميعها والوقت
 لا يفسح ثلث هذا الاسهاب بل غاييتي وقد عين لي الموضوع الذي اتكلم فيه ان
 اضم هذه الرسوم بعضها الى بعض لأريكم فعل الاثرية الروحانية الضارء غاييتي
 ان اجمع هذه الزهراء الكريمة الرائحة واؤلف منها باقة لا لأقدمها لكم بل
 لأريكم اياها عن بعد فيتحقق كل منكم مما اجتهدت ويشم رائحتها التينة الكريمة
 فيسعى الى ابعادها عنه ما استطاع .

قلت ان الموضوع رحب متسع الاطراف يتمكن الباحث فيه ان يلجعه من
 بوابه المختلفة يستطيع الطبيب ان يجول فيه من الوجهة الطبية الصرفة ولو كان
 المقام الذي اتكلم فيه نادياً طبياً لكنك حصرت كلامي في هذه الوجهة فقط وينت
 ما للكحول من الضرر في جسد الانسان واظهرت بالمقاطع والرسوم التشريحية
 المرضية تأثيرها في نسج الاعضاء السائرة وتبديلها لما واقلها اياها حسبما تبدو
 باللكبرات التي ترىنا حقائق كانت غامضة لا تدر كها أعيننا المجردة قبل ان
 كشفها العلم .

ويستطيع عالم الاجتماع ان يجول فيه جولة جميلة مميّنة اضراره الفادحة من
 الوجهة الاجتماعية ومقابلاً الشعوب التي تعاقب الخمرة بالشعوب التي تنهاها عاداتها
 او اديانها او حكوماتها عن معاقبتها ومحضياً الجرائم في كل بلد من هذه البلدان
 فيكون درسه هذا امثلة جزيلة الفائدة يجدر بكل شخص ان يعيها وعبرة لمن
 لا يزالون يعتمدون بفائدة الخمرة رافعين عقيرتهم بالدفاع عنها

ثم كان يتطرق في بحثه الى درس اخلاق تلك الشعوب قبل تنشي عادة الاشرية الروحية فيهم وبعدها فيبين سمو تلك الاخلاق وترفعها عن الدنيا حينما كانت تلك الشعوب لا تعرف سوى الماء الزلال شرباً لها وانحطاط تلك الاخلاق بعد ان اتخذوا الخمر لعطشهم منعاً ولفوسهم نديماً مظهرأ بالارقام ضرر الخمرة وحاثا على اجتنابها .

ويستطيع عالم الاقتصاد ان يبحث في الامر بحثاً اقتصادياً جليل الفائدة مظهرأ ضرر الخمرة في اقتصاديات الافراد والشعوب ومبيناً ان ثروة بعض البلدان التي تنجر بهذه الاشرية فقدر عليها الارباح الطائلة لا تقاس بخراب البلدان الاخرى التي تسورد تلك السموم القاتلة وتفقهها ولست اظنكم سيداتي ومساتي تكرون ضرر هذه الاشرية من الوجهة الاقتصادية فما على كل منكم الا ان يمثل العالم بيته الصغير الذي عهد اليه بادارة دفته فيرى ان النفقات التي يصرفها في سبيل الاشرية اذا كان ممن يدعمونها او ممن يقدمونها تنوف على نفقات الطعام ولا سيما في هذا العصر التي كثرت بها اسماء هذه الاشرية وانواعها فاستغنمت به البلدان التي تنجر بهذه السموم فرصة اقبالنا على صادراتها فنفتحنا كل يوم بعشرات من الاشرية الجديدة التي لا تختلف عما تقدمها الا بكونها اشد تسمياً واكثر فتكاً .

وعلماء الاقتصاد اياها السادة ينظرون الى كل صغيرة في هذه الحياة ولا يملونها فاذا عهد اليهم يبحث كهنا نظروا في جميع دقائقه فيبنوا لنا ان الخمرة مضره من الوجهة الاقتصادية لا بالمال الذي تنفقه ثمتاً لها فحسب بل بنقص قوة الانتاج الذي ينجم من تعاطيها او بعبارة اخرى ان العامل

الذي يتعاطى الخمره يصرف قسماً كبيراً من اوقاته وليست كلها من اوقات الفراغ متلذذاً بها وكثيراً ما يدعو اصدقاءه وازواجه الى معاقبتها معاً فيدبر بعلمه وقتاً لو صرف لعمل منتج لكان أفاد اولئك الافراد فائدة كبيرة في اقتصادياتهم ولكن افاد البلاد التي يقطنونها ايضاً واذا اضعنا الى ذلك عجز متعاطي الخمره عن القيام باعمال كان قادراً على القيام بها قبل تعوده اياها لانحطاط قوى جسده تبين لنا حينئذٍ ضرر الخمره الجسيم من الوجهة الاقتصادية .

ويمكن علماء الامراض الروحية من الجولة في هذا الموضوع جولة جميلة كبيرة الفائدة لانهم يثلون لنا فعل هذا الرسول الذي يرسله الانسان الى المدة فيصعد الى الدماغ ويلبل فيه كل وظائفه الحية من حس وحركة وقوى عاقلة ويدرسون امامنا كثرة الامراض العقلية في البلدان التي تكثر فيها صرفيات هذا السم القتال وخفتها في البلدان التي تحرم فيها هذه الاشرية فيكون درسهم لذيذاً مفيداً .

ويمكن الاختصاصيون بتحضير الاشرية من القاء محاضرة بل محاضرات عن طريقة استحضار هذه المواد القتالة واستقطارها ويسهون حينئذٍ بافضلية بعضها على بعض ويرونا الالات والمعامل التي يقيمونها لهذه الغاية وهو درس مفيد من الوجهة الميكانيكية والكيمائية لان محاضرات كهذه تبين درجة الرقي التي بلغها هذان العلمان الكبيران ومفيد من الوجهة الاجتماعية ايضاً لانه يبين لنا الاوقات التي تصرف والعقول التي تناب قواها في استحضار هذه المواد المعدة لتسميم البشرية

تروون اذن سيداتي وسادتي ان الموضوع رحب متسع الاطراف وان الوجهة

الواحدة التي يختارها الباحث تستوقفه ساعة بل ساعات دون ان يفيا حقها فما جيلني اذن في موضوع كهذا مرن مطاط؟ ليست غايي بعد هذه المقدمة التي بينت فيها اهمية الموضوع ان ألم بجميع اطرافه بل غايي كما قلت ان اصنع زيجاً تدخل في تركيبة عناصر هذه الابحاث المختلفة وان اجعل العنصر المتغلب فيه اضرار الجسد كيف لا والتكلم طيب يلهمها بالعلم الذي خصص نفسه به ويستطيع البحث فيها باختصار ودقة مراعيًا حالة سامعيه الذين لا صلة تربطهم باقراط

ضرر المسكرات بالجسد: ينحصر هذا الضرر في كلمة واحدة وهي النسم اذن المسكر يسمى الجسد وليس في هذه الكلمة اقل غلوايها السادة لان هذا السم قتال تفوق قوته المسممة كثيراً من المواد السامة التي لا يجوز بيعها الا في الصيدليات ومخازن الادوية مع ان هذا السم مباح بيعه مباحة معاقرة علناً للفرد والجماعات وهذا التسمم نوعان تسمم حاد وتسمم مزمن ونعني بالتسمم الحاد السكر اجل السكر وما اشد هذه الكلمة وطأة على النفوس واثقلها على العقول السكر ايها السادة هو فقد الصفات التي يتصف بها الانسان هو خسارة تلك الصفة السامية التي ميز بها الله الانسان عن جميع الحيوانات اعني بها العقل يفقد السكران اذن عقله فيعود حيواناً بكل ما في الكلمة من معنى لا يختلف في شيء عن الحيوانات العجباء سوى بوهن قواه الجسدية لان هذه اذا لم تتصف بالعقل فان لها من قوتها الجسدية ما يعيدها كبيرة النفع . رأى معظمكم السكران التمل وابصروا بعيونهم اخام في البشرية وقد انحط من الدرجة السامية التي وضعه فيها الخالق الى ذلك الدرك السفلي الذي جعله فيها الخمرة

رأوه في دور تنبهه وقد جاشت قوى عقله وجسده .

ابصروه وقد احتقن وجهه فكد الدم يتفجر من وجتيه وقد جمحت عيناه
ولمنا فكادتا تخرجان من وقبيهما كأنهما سراجان متقدان

رأوه وقد اشتدت قوى عضلاته وانقطع اللجام التي يلجمها اعني به لجام
العقل فانقض على هـ لما يذيقه من الضرب الوائاً ويصفع ذاك فيريه النجوم
في رابعة النهار وبعض هذا بأسنانه وانيابه مخدشاً جلده ومهشماً جسده

رأوه وقد انطلق لسانه فاسمع مستمعيه من الكلمات البذيئة ما يندى له
الجبين خجلاً وتحمر له الوجنت حياء

رأوه لا يضع لكلامه حداً يحطم الهياكل ويدك المعابد ويسقط الحكومات
ويثل العروش ويرمي بالتيجان الى الحضيض وينصب لنفسه عرشاً داعياً الناس
الى عبادته والخضوع لشخصه الفريد واسمه الكريم
رأوه وقد تغلبت عليه العاطفة فتأثرها في نفسه

فبكى حيث لا مجال للبكاء وذرف الدمع سخياً حيث لا داعي الى ذرف
الدموع وفرح حيث لا مكان للفرح فاضحك وابكى وذكر الجحيم والنعيم واستعرض
جيوش الموتى منذ أب الخليفة حتى ذلك اليوم المشؤوم الذي شرب الخمر فيه
رأوه وقد دببت الخمر ديبها في خلايا دماغه وتبلبل نقطه بعد تلك
الفصاحة وتشوش لسانه بعد تلك الزلاقة واضطرب سياق افكاره بعد تلك
السلاسة اذا اراد التعبير ارتعش لسانه في فيه او اراد الالباء ارتجفت يده دون
الغاية التي يرمي اليها او اراد الاشارة برأسه انحنى رأسه الى الامام او الى الورا
كأنه لا يملك قياده وهو بالحقيقة لا يملك ذلك القيادة

رأوه وقد خاتمه الارادة بتكلم عن ماضيه وحاضره ويكشف اسراره وقد

كان يحافظ عليها اشد الحفاظ ويجاهر بعواطفه الغرامية وقد كان المحتشم الرزين
ويسرد الاسماء وقد كان المتكتم الرصين .

...

ثم رآوه في دور خموده ضعيفاً بعد التمر وجاناً بعد الاستسداد وقد
ذبلت عيناه المتقدتان واسترخت قدماء النشيطان يترنح في مشيته ويتأيل في
خطواته يسير بينة ويسرة بعد ان فقد الموازنة لتسم خلايا بصلته يتمسك بمن
يصادفه محتباً الوقوع بعد ذلك الجبروت والعظمة ويستند الى جدران المنازل
بعد تلك القوة ، اللعاب يسيل غزيراً من فمه والدمع ينهر من عينيه والعرق
البارد يلل جبينه والشحوب يعلو وجتيه . ولا يلبث ان تغور قواه فيهوي الى
الحضيض على غير هدى مفترشاً الارض وملتحفاً السماء ويفقد شعوره وتمحي
حسياته وتسترخي مصراته فيللبث اوابه بمفرزاته القذرة ويتشوش نفسه ويسرع
قلبه وتوتر شرايينه وتتفخ أودجه وتهبط حرارته ويبقى بين الحياة والموت مدة
من الزمن ريثما ينفرز هذا السم القتال من جسده وتحرر خلايا دماغه من
فعل هذا الضيف الثقيل فيستعيد قواه التي بددها وملكانه العقلية التي فقدها
ويبقى بضعة ايام منهاكاً تعباً

هذا هو مشهد السكران ايام السادة رسمته لكم في دوري تبته وخوله
ولست ارى نفسي فضولياً في رسمه مع انني اعلم حق العلم انكم شاهدتموه
مراراً والسكرارى ليسوا بالفر القليل في هذا البلد العزيز لانني ارغب ان ينطبع
هذا المشهد الرابع في ادمتكم واود ان يقي ماثلاً امام اعينكم لتذكروا اذا
ما حدثكم النفس الامارة بالسوء وحييت اليكم الكحول المصير الذي يصير اليه

السكير والدرك السفلي الذي يزوج نفسه فيه .

غير ان هذا المشهد الرابع الذي هائنا النظر اليه هنية من الزمن ههنا التسمم الحاد الذي شل حركة الجسد واخذ قوى النفس وادنى الانسان العاقل من البهيمة العجاء ليس شيئاً ازاء التسمم المزمن الذي تفعله الكحول في جسد الانسان لان هذا التسمم سريع الزوال يقلص ظله متى افرزت الكحول من الجسد ويمحي اثره متى جدت الرئة والكلية بافراغ هذا السم الزعاف والقائه . غير ان التسمم المزمن الذي يفعل فعله البطيء هذا التسمم الذي لا يؤذي ظاهراً هذه الاذية الشديدة لانه لا يلقي الانسان في حالة السكر التام هذا التسمم يغرب كل يوم مئات الالوف من الخلايا الشريفة النشيطة في جسدنا الحي معيضاً عنها بخلايا ضامة صلبة ويهدم اعضاءنا الرئيسة ويدنينا من الشبخوخة الباكرة والموت السريع ونحن لاهون

واذا كان التسمم المزمن لا يتمثل في معظم الحالات الا بمشاهد خفية لا يدر كما غير الطبيب ولا تصح ان تكون امثلة تملى على الشعب ليتعظ بها ويعتبر فانه يشذ عن هذه القاعدة في بعض الاحيان فييدي الكحوليين بمشاهد مؤثرة تدمي لها القلوب وتوجس لها النفوس واقول الكحوليين لا السكيرين لانني اعني بهم تلك الفئة التي تشرب من الاشربة الكحولية ما لا يصل بها الى درجة السكر ولكنها لا تترك يوماً واحداً دون ان تتناول به تلك الجرعة القاتنة وتسمم به ذلك الجسد الذي لم يكده يفرغ ما دخله في الامس حتى اتاه اليوم بكمية جديدة مجد في مكانحتها وافرازاها اولئك قوم يتحرون وهم جاهلون، قوم يفاخرون بانهم لا يسكرون ولا يعربدون، وكل عضو من اعضاءهم الرئيسة يصبح

ويضع من هول ما يفعلون، قوم يباهون بمحافظتهم على القواعد الصحية في شربهم للكحول لانهم يحسون منها النزر القليل المشهي وهم في ضلال مبين يسمون خلایا دماغهم وكبدهم وکلیتهم وشرايينهم وقلبيهم وكل عضو من اعضائهم وهم يعتقدون انهم يحسنون الى انفسهم ان هولاء لاشد ضرراً في البشرية من السكيرين لانهم يباهون بعلمهم والسكير يخجل بفعله ويوارى عن الاعين حياء وخجلاً هم يرشدون سواهم الى طريقهم الذي يظنونه مستقيماً سويّاً وذلك يخجل بالمجاهرة بالدعوة الى السكر فهم اذن اشد ضرراً بالمجتمع وبانفسهم لان سمهم الذي يرشقونه في اجسادهم يفعل مع مرور الزمن ما لا تفعله سكرة بل سكرات

السكر عاصفة تمر بالجسد وقلا توهذيه اذية لا استطاع اصلاحها لان الوقت ينفسح له للدفاع وترميم ما اتلف فيه وادمان الخمر دودة تنخر جسد الشاب فلا يلبث ان ينهار ويندك

ولا تظنوا ايها السادة انني اجنح الى الغلو في كلامي لانني مهما اسهيت في تزويل ادمان الخمر فلن ابلغ الدرجة التي تستحقها هذه العادة انظروا الى ذاك الرجل وقد شحم بدنه واختن وجهه لأقل تأثر وتوسعت العروق الشعرية في وجتيه وارتش صواراه اي ملتقيا شفتيه ارتعاشات ليفية وجف جلده وتوسف وشحب . انظروا اليه وقد نهض من فراشه صباحاً ولم يكديظاً الارض بقدميه حتى اخذه الغثيان وشعر بدوار وحصر شديد لا يطاق واذا به يركض مسرعاً الى دلو فيقيء فيه قيء قد يكون بدون عناه او جهسد ويقذف من فيه مادة مخاطية بيضاء خائطة لزجة تكاد تكون شفاقة او خضراء

شديدة المرار ثم تأخذ نوبة سعال ويحتقن وجهه وعيناه
فإذا اعتراه وما حل به انه يدمن الحمة منذ زمن مديد وما هذا التي
المخاطي صباحاً إلا عرض من اعراض تسمه المزمن .

انظروا الى آخر وقد اعترفته ارتعاشات حين نهوضه من النوم فارتجفت يداه
وشفتاه ووجهه ولسانه وتشوش كلامه انظروا اليه وقد اعتراه الدوار وتشوش
رويته فخيّل اليه ان ما حوله من الاشياء يدور وان سحابة تعشي عينيه .

انظروا اليه وقد شككتملاً ومذلاً ومعضاً وحس احتراق ولا سيما في طرفيه السفليين
انظروه يتقلب في فراشه كأنه قد اقترب النار لان هذه العوارض قد
اشتدت عليه فحرمته الكرى وسرقت من عينيه النوم انظروه وقد تمثلت امام
عينيه تماويل ومشاهد مخيفة رابعة اشباح تحيط به وحيوانات مفترسة تنقض عليه
لتمزقه بمخالبها ومعارك قد احتدم لظاها وهوات سحيقة لا يعرف قرارها قد
انفتحت امامه ولا يجد الى الافلات منها ميلاً .

هذا المشهد المؤثر هو مشهد الكحول الذي ادمن الكحول وعاهد احدهما
الاخر ان يبقيا متضامنين متحابين حتى النهاية انه لمحب أعمى هذا الحب الذي يضحي
به المحب بنفسه فداء حبيبه ولكنه حب جنوني لان هذه التضحية لا تفيد ذاك
الحبيب بل يضحي بها العاشق ويهزأ المعشوق .

ولا تظنوا ايها السادة ان هذا المشهد هو المشهد الفرد الذي يمثله الكحول انه
يمثل مشاهد اخرى تبين لنا بجلاء فل هذه العلة في الاعضاء الرئيسة جميعها
ولست ارغب ان اسهب في هذا البحث والوقت الذي عين لي للكلام قصير كما
يظهر وتمثيل هذه المشاهد يستغرق وقتاً ليس بالقليل ولكنتي اكتفي بعرض

مشهدين يبينان لكم فظاعة فعل الكحول

ترون شاباً في زهرة الحياة في الخامسة والعشرين من عمره ممتلاً نشاطاً متورداً الوجنتين قد حشا دماغه علوماً ونال إحدى شهادات المدارس العالية ، يشتغل ليلاً نهاراً وهو لا يعرف للتعب اسماً ، يمارس الألعاب الرياضية ويفتح عينيه على جنة هذا العالم فيراها وروداً مفتشاً فيها عن وردة لطيفة المنظر شذية الرائحة يشمها ويختارها ويقطفها ، كله آمال بالمستقبل يضع الخطط ويعد المعدات لبلوغ المقامات السامية

انظروه في الخامسة والثلاثين بعد ان مرت عليه عشر من السنوات فقط في تلك السن التي يبلغ فيها الجسد اشد قوته والعقل اسمى مرتبه واذا به محتمق الوجه مزرقه يلهث اذا صعد سلماً فيضطر الى الاستراحة مرتين أو ثلاث مرات قبل ان يبلغ اعلاها يجلس الى مكتبه ليطالع مؤلفاً جديداً فيعتريه صداع شديد ويتشوش نظره فيترك كتابه وينطرح على كرسي طويل مخنقاً عنه ، يتناول طعامه عند الظهر فاذا به قد ازرقّت يدها وعلا انفه لون بنفسجي واسرع تنفسه وازدادت دقات قلبه ومذلت يدها وغلت قدماء بأوي الى فراشه مساء لينام مؤملاً ان يلاقي الراحة في السرير وان يستعيد القوة التي افقده اياها ذلك النهار المضطرب فاذا بالاضطرابات قد اقضت مضجعه اذا به لا يستطيع الاضطجاع لان نفسه يضيق ولان الاختناق يهدده اذا ما اخذ وضعة اقية فينهض وقد هاله ما هو فيه ويغمض عينيه متطلباً الراحة وهو جالس متمنيا ان ينام ساعة واحدة وهو في هذه الوضعة القلقة فلا يجد للنوم سبيلاً ، يعد ساعات ليله وكلما مرت ساعة يوم مل ار تكون الثانية اشد رافة به من اختها فيرى الساعات جميعها على وتيرة واحدة

يدير لحاظه في تلك الترفة لعله يجد من يسليه بحديثه العذب فلا يجد سوى
الجدران الاربعة ينهض من فراشه وينهب الى غرفة والدته التي تضع فيه
كل آمالها مواءم لان يخفف حديثها كربتته وقلقه فيجدها غارقة في بحر النوم
المهادى وهي قد بلغت عتبة الستين هي ساكنة هادئة وهو مضطرب هي نائمة
ملء عينها وهو قلق يعود الى غرفته وقد ساورته افكار الاتجار غير انه يقف
مذعوراً ازاء الموت وترتعد فرائضه واذا بالفجر قد انبثق واذا بالطبيب قد استدعي
فما الذي اصاب شابنا النشط ؟ اصابه التهاب في عضلة قلبه وتصلب فيه وما سبب
ذلك التصلب الا ادمان الكحول . وهل تشفى علته ؟ ربما تخف وطأتها اذا لم
يذق شراباً مسكراً بعد الان غير ان الامر مشكوك فيه .

هذا مشهد كثير الحدوث يراه الطبيب كل يوم ، يرى اولئك الشبان وقد
صلبت عضلة قلوبهم ولا يجد لصلابتها معللاً من الامراض سوى الكحول فيا لمول
هذه المادة وبالعظاغة هذه العادة القبيحة .

هناك رجل آخر (استميج ابناء جنسي الرجال عنراً اذا لم يتمثل سواهم
في مثل هذه المشاهد الراجعة فان السيدات اقل ولعاً بالأثرية الروحية واشد
اندفاعاً الى محاربتها وهذه الجمعية المباركة اكبر دليل على كلامي) لم تدس
قدمه عتبة الاربعين حتى اتبعت قدماه وانتفختا واخذ بطنه بالامتلاء فظن ما
به صحة وعافية غير انه لم يلبث ان اعترته آلام فيه فحرمته لذة النوم واقضت
مضجعه تراقها اقياء صفراوية ونوب حتى منقطة وضيق نفس وازرقاق في
الوجه والاطراف وحصر وقلق واضطراب . فما الذي اعتراه وهو لم يكن يشكو
ألماً منذ بضع سنوات ولا يدفع للمرض جزية انه اصيب بكمية الكبد او تشمها

إذا شئت فضعمت وآلت واختلت وظائفها الكبيرة العجيبة التي وقف الانسان حائراً معجباً بحكمة الخالق وقدرته إذا ما تأمل فيها أجل اختلت في كبده وظيفة افراز الصفراء فلم تعد تبعث بهذه المادة المعدة لمضم المواد الشحمية الى الامعاء فاختل انضمامها واختمرت، اختلت في كبده وظيفة تعديل السموم فلم تعد السموم الغذائية تجد في ذلك المعمل الكيماوي العجيب ذلك البواب الساهر النشط الذي يوقف فيه جميع ما يرد على الجسد من المواد السامة ليعدها مانعاً ايها عن الانصباب في الدورة الدموية وتسميم البنية، اختلت في كبده وظيفة الافراز الداخلي العجيبة التي تبعث بهذا المفرز العجيب فتفعل به فعلاً لم يكن الطب يدرك كنهه قبل بضع عشرات من السنوات كل هذا قد اختل وتبلبل وتشوش لان الكحول قد آذت خلية الكبد وتلفتها ولان الخلايا الضامة قد حلت محلها فصلبت الكبد وضخمت

انه اصيب عنا هذا بالتهاب الكلية الكحولي فصلبت كليته وتشوشت تلك المصفأة العجيبة في صنعها التي يجد العلماء في النسيج على منوالها فيعودون خاسئين وما ذلك الا لان تلك المصفأة حية تمر بها المواد المضرّة من الدم فينتى ولا تتجاوزها المواد النافعة للبنية ولان مصفائهم لا حياة فيها، قد تمزقت تلك المصفأة قد اتلفتها الكحول فسات وظيفتها وانجست المواد السامة في الدم فتقسم

هذا مشهد ثانٍ من فظائم الكحول ايها السادة وانتي اضرب صمغاً عما تمثله الكحول في جسد الانسان من المشاهد الاخرى حرصاً على وقتكم الثمين غير انني اقول باختصار انه ما من عضو في جسدنا الا وتلفه الكحول وتؤذيه

ولا سيما الخلايا العصبية خلايا الدماغ والبصلة والنخاع الشوكي والاعصاب المحيطية هذه الخلايا اللطيفة في نسيجها الدقيقة في بنائها انها تتأذى تأذى كبيراً وتلف وتصاب بالالتهابات التي لا حيلة للطب فيها متى ادمن الشخص الكحول وان المشاهد التي تنجم من التهابها فظيعة تشعر لملها الابدان غير ان الوقت لا يفسح لي لتمثيلها امامكم وايافكم عليها.

الكحول توءذي الشرايين المرنة فتصلبها وتعلي التوتر الشرياني فيخل نظام الدوران وتعود تلك الشرايين سريعة العطب فتتمزق ويحدث النزف فاذا وقع في الدماغ كان الفالج ، واذا غزر النزف كان السبات فاللوت

الكحول توءذي الغدد ذات الافراغ الداخلي : الخصية والغدة الدرقية والنخامية والكظر والغدة الصنوبرية وكل هذه الاسماء غريب وقصا على مسامعكم غير انني اکتفي بان ابين لكم فعلها الغريب بيضعة اسطر لتدركوا الضرر الذي تلحقه الكحول بجسدنا بايذاها لهذه الغدد

لم يكن يعرف منذ زهاء ثلاثين سنة الدور الذي تلعبه هذه الغدد العجيبة في جسدنا، امرت الوف السنوات وتعاقبت الاجيال والطب عاجز عن كشف هذه الاسرار الغريبة حتى اتى بعض العلماء واخص بالذكر منهم برون سكار ففتح هذا الباب المغلق وحل هذا اللغز الغريب وبين ان هذه الغدد الصغيرة تفرز مفرزات داخلية تبعث بها الى الدم فترئس عمل الاعضاء الرئيسة وتنظم حركتها فان هذه المفرزات تنظم حركة القلب وتوسع الشرايين وانقباضها وترئس حركة امتغذية في الجسد وتجدد الشباب فاذا ما آذت الكحول هذه الغدد وهي توءذيها الازدية الشديدة اختل نظام الجسد جميعه وتبلبل هذا الكيان

العجيب وكانت الشيخوخة الباكرة فالتموت العاجل .

كل هذا تفعله الكحول ونحن مولعون بها مباحون بشربها ولو ان فعل الكحول ينحدر في الشارب نفسه لحقت البلية فان الشخص ولو لم تجز له القوانين المدنية التصرف بمجده كيف شاء فانها قد اجازت له ان يؤذيها اذية مستترة بتعاطي بعض السموم ومنها الكحول عند بعض الحكومات التي منعتها فلاقت من منافعها فوائد كبيرة لا يستطيع حصرها الآن لان هذا المنع لم يمر عليه الا بضع سنوات وهو وقت لا يكفي للحكم في حالة شعب مرت عليه مئات السنوات وهو يعاقر الخمرة .

قلت لو ان فعل الكحول ينحصر في الشارب فقط لمان الامر غير ان فعلها يتجاوز الشريب الى نسله وهذه هي الجناية التي لا تغتفر ان الشريب يلقي في البشرية اولاداً قد وصمت جباههم برذيلة آبائهم يترك اولاداً نحلي الاجسام هازلين مدمنين مسلولين مصابين بعاهات الجسد الغريبة العجيبة يترك اولاداً خاملين العقل مشوشين الادراك بلهياً مختلي الاعصاب مصروعين مهروعين ميالين الى اقتراف الشرور والموبقات متجهين كآبائهم الى معاقرة الاشربة الكحولية يلقي بهم في هذه البشرية عالة عليها ويؤخر بعمله سير هذا المجتمع عن الرقي . ان هذه الجريمة لعمرى من اعظم الجرائم التي يقتربها انسان عاقل واذا لم يكن للكحول من ضرر سواها . لحق لنا ان نخاف الكحول ونقلع عنها مرددين مع الشاعر الحكيم

واهجر الخمرة ان كنت فتى كيف يسعى في جنون من عقل

صناعة حمض الليمون

« ٥ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

العملية الرابعة . — اذابة الحثر وقصره (تبيضه) : ان الحثر التي يبلور للمرة الاخيرة تذاب في الماء الحار في اثناء مطلي بالرصاص له انبوب ماخض (barboteur) لا يصال البخار الى داخل الاناء .

تصب في الاناء كمية من الماء وبقدرها من المياه الاصلية البيضاء المأخوذة من المآبرات ثم يمر البخار وتسخن الى حرارة قدرها ٧٥ درجة مئوية (يجب ألا تتجاوز الحرارة ٨٠ درجة) ويضاف من الحثر شيئاً فشيئاً حتى تصبح كثافة السائل وهو حار ٢٨ بومه .

عند ذلك يوضع عججن من الفحم الحيواني لقصر السائل ثم بروسية البوتاسيوم الصفراء لترسيب الحديد ويضاف شيء يسير من حمض الكبريت - اذا دعت الحاجة — لاستبقاء زيادة الحموضة عند حد ١٢ - ٢١٥ بالمائة من هذا الحمض . هذه الزيادة من الحموضة ضرورية جداً أولاً لتزيد ذوبان حمض الليمون فابلاغ تكاثفه الحد الاعظم ، ثانياً لحفظ الحرارة في اثناء التبلور . في درجة موافقة يكون معها التبلور بطيئاً مما يسهل حصول بلورات جميلة

ويجب طيلة العملية ألا يعمل تحريك السائل بشدة بمغرفة خشبية تسهلاً . للانحلال وزوال اللون . وتلاحظ الحرارة حتى لا تهبط الى ما تحت ٧٥ درجة وهي الدرجة الموافقة لتأثير الفحم في ازالة اللون . وما يفيد في الحصول على نتيجة

حسنة ، خضخصة السائل بمضخة تجذب منه من اسفل الاناء فتصبه فيه من اعلاه ولما تدنو العملية من الختام تؤخذ نماذج يحقق عليها بلوغ القصر حد الكمال وكفاية البروسية لترسيب الحديد كله . وذلك كما يلي :

يرشح النموذج ويضاف اليه بضم قطرات من محلول البروسية فيبدو لون ضارب الى الزرقة اذا كانت العملية قد استوفت حقها من الشروط . اما اذا بدا لون ازرق فيدل ذلك على قلة البروسية المعالجة ، واذا كان اللون ازرق الى السمرة ولم يتبدل باضافة بروسية من جديد او بدا لون ازرق او اخضر بمعالجته بكلور الحديد دل على كثرة البروسية وقد يوضع للسائل قرب ختام العملية كمية من كلوراة البوتاسيوم فتتفاعل من حمض الكبريت الزائد فتتحلل فينتطلق غاز الكلور فيؤثر قاصراً ، وغاز الاكسجين فيسبب المواد العضوية .

وعندما تنتهي العملية يدفع السائل بمضخة ذات غشاء من المطاط الى اناء مطلي بالرصاص قائم في أعلى مكان في المعمل وير فيه تيار من غاز كبريت الهيدروجين (SH_2) نصف ساعة ترسب خلالها ملاح الرصاص .

يرشح السائل في مرشحة عاصرة (*filter-press*) ذات سطوح خشبية . والرشاحة تكثف للمرة الاخيرة وتترك للتبلور .

اما تنويب الخثر المسمى (الثاني^٥ second) فيجرى على الصورة المتقدمة تماماً الا التكتيف فانه يبالغ فيه حتى يصبح السائل بثقل ٢٠ - ٢٥ يومه ولا يعالج بالكلوراة ولا بغاز كبريت الهيدروجين . بل يوضع لكل ٣٥٠٠ لتر تقريبا من المحلول ٥٠ كيلو غراما من الفحم و ١٠ - ١٥ كيلو غرامات من البروسية واما كمية الكلوراة المستعملة للسائل الا يبيض المعد للتبلير فلا تتجاوز ٤ - ٥ كيلو غرامات .

مَجَلَّةُ المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول سنة ١٩٣٠ م الموافق لرجب سنة ١٣٤٩ هـ

البرداء مرض خاليج (convulsivante)

للحكيم الاستاذ ترايو استاذ السريريات الطبية

ترجمها الدكتور عزة مریدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

يشغل الصرع بين الامراض الخالجة المقام الاول فهو يظهر بنوب اختلاجية او بما يعادلها وقد تصحبه اختلالات روحية محدودة ولذا يجوز لنا ان نعد جميع الامراض التي تظاهر بالمشهد نفسه امراضاً خالجة والبرداء تدخل في هذا الصنف .

منذ عهد سيدنهام وهوفان اللذين درسا قبل كل احد الاختلالات الروحية من البرداء قام كثير من المؤلفين يفتشون عن علاقة البرداء ببعض الامراض الروحية ولا سيما الصرع وقد ثبت الان ان النوب الاختلاجية في المصروعين صرعاً حقيقياً قد تكون في بعض الاحيان ذات علاقة مقصودة بالنوب البرداوية فتكون البرداء سبباً مؤهلاً لحدوث نوب الصرع الاختلاجية

غيران البرداء وحدها جذيرة بتوليد نوب صرع حقيقية .
وقد شاهدنا هذه النوب في سورية مرات عديدة في جنودنا الذين لم
يكونوا قبل ان يصابوا بطفيليات البرداء يظهرن اقل عرض صرعي بل
كانت النوب الاختلاجية المظهر الاول الذي كانت تظهر به برداءهم وكانت
تناسب المهجة الحمية الاولى فكان اعطاء الكينين يوقف سرعاً جميع التظاهرات
الحركية المحظرة والارتجاجية وتلاشى النوبة البرداوية .

وقد اعتقد دومونتيال منذ سنة ١٨٩٩ بان البرداء عامل سببي في احداث
الصرع ويسلم اليوم المؤلفون بان اضطراب المريض وهذيانه في كل نوبة
برداوية شديدة الوطأة هو المعتاد وكذا اضطراب المريض وهذيانه الكابوسي
(onirique) في الحمى الحبيثة كثيراً ما يمت بالتشنجات والسبات فالبرداء وهي
مرض متكرر ومقطع تشبه اذن بتظاهراتها العصبية الصرع الذي تكون
نوبه مترودة ومتقطعة ايضاً ولكن اذا كان ظهور النوب في سياق البرداء
قد قبله جميع المؤلفين القدماء فهو لا كما يظهر لا يعلقون اهمية كبيرة على
المعادلات (equivalents) .

اما تجرب باتا خلال ثماني سنوات في البلاد الموبوءة بالبرداء فقد سمحت لنا
بالقول بان هناك داء برداوياً صغيراً (petit mal palustre) بما فيه ضياع الفكر
والشراد فان احد الضباط الذي لم يكن وارثاً لأقل مرض عقلي او عصبي تلقح
في دمشق بعامل البرداء وكان حتى ذلك التاريخ يقوم بواجبه العسكري احسن
قيام ولكنه اصبح بعد هذا التلقيح عرضة لسلسلة عقوبات متوالية ففي المرة الاولى
بعد ان اوقف عشرين يوماً لانه اهمل وهلة ما كان يجب عليه اذ اوده شرد كل

نهاره في المدينة ثم سيق الى مقره في المساء ولم يتمكن ابداً من اظهار اقل سبب لفراره .

ثم قوصص ثلاث مرات اخرى بفواصل متقاربة كان سببها اهماله للوظيفة ايضاً ولكنه بعد ان اعياء هذا العجز عن القيام يواجهه لم يجد من سبيل لايضاخ ما اعتراه بل كان يلقي بقية اعماله على النسيان وضياح الفكر غير الارادي ، وفي المرة الاخيرة شرد شرداً فاضاع بندقيته دون ان يتذكر اين ومتى أضعها .

وضابط آخر مصاب بالبرداء المزمنة خرج ذات يوم من معسكره تلبية للنافع داخلي لم يتمكن من مقاومته وبقي اربع وعشرين ساعة ثم عاد اليه رشده حين نزوله من سيارة استقلها الى بيروت ولم يتذكر شيئاً مما مضى فنزل في احد الفنادق حيث فاجأته نوب برداوية واضحة ألزمته الفراش خمسة ايام ولكنه شفي بعد استعمال الكينين ، فهذه الضياعات وهذه الشرادات لا تختلف عما هي عليه في الصرع المقمص (larvé) فقد جرت على اصحابها عقوبات قاسية وساقتهم في النهاية الى ديوان الحرب

ان ما ذكرناه يدعم رأي رجي الذي اعلنه في المؤتمر الطبي في تونس سنة ١٩١٢: ان ساكني البلاد الحارة والذين اصابوا بالبرداء منذ عهد طويل يضرعون في نفوسهم عاملاً ممرضاً ذاتياً يدفعهم الى اقتراف الجرائم مع انهم لم يكونوا قبل اصابتهم بها يتجاوزوا على قانون او يعمدوا على احد

وقد اثبت فحصر الدم البرداء في مرضانا وكانت ضياعات الفكر والشرادات فيهم تتناوب مع نوب برداوية نموذجية. فهي تعد اذن كمعادلات برداوية

فكما ان الصرع المقمص مسلم به كذلك البرداء المقمص التي اشرنا الى مشابهة صفاتها لصفات الصرع . اذن يجب ان نطرح جانباً الشك الذي قال به شافيني في المؤتمر نفسه سنة ١٩١٢ مثبناً ان جميع الحوادث الروحية البرداوية لا تخرج عن كونها بعض مشاهدات معذودة مبهمه ولا ميل الى اثباتها أجل لسنا نجعل ان الاختلالات الروحية البرداوية المشاهدة في الجيش بالخاصة كانت تعد كأنها اختلالات روحية كحولية لانها كانت تشبهها تمام المشابهة غير اننا كنا متأكدين جداً من اعتدال ضابطينا في استعمال الكحول كما ثبت مشاهدة زميلنا اسعد الحكيم طبيب بيمارستان ابن سينا في دمشق الذي سينشر قريباً في جزء سيصدر عن البرداء مشاهدته عن شاب مسلم عمره ١٤ سنة لا يشرب غير الماء جرياً على قواعد دينه اوقفته الشرطة في الطريق لاختلالات روحية أخلت بالنظام العام فسيق الى البيمارستان حيث ابدى اضطراباً وتهيجاً وهذياناً حركياً واوهاماً وتهاويل (hallucinations) وكان قد اصاب منذ اسبوع بثلاث نوب حمية ترك على اثرها دارايه وشرد خمسة أيام فبعد فحص دمه ظهرت المصورات النشيطة فيه وكان الكينين وحده سبباً سريعاً في ملاشاة تلك التشوشات الروحية .

فظهور النوب الصرعية ومعادلاتها في البرداء يثبت الوصف الذي اسميناها به وهي انها مرض خاليج اذن يجب ان تقرب الصرع من البرداء ونستنتج من هذا التقريب معلومات تتعلق بالطب الشرعي تحذرنا من الوقوع في خطيئات القضاء القاذحة هنا عما ان المشاهدة الاخيرة التي اوردناها كانت الاختلالات الروحية فيها تظهر باشكل الصرع السريرية نفسها فان الاضطرابات العقلية

الكابوسية والالوهام والتهاول التي ابداهها مريض الدكتور اسعد الحكيم تشاهد خارج الشراذم في البرداء الزمنة ويتألف منها النموذج المعتاد للاختلالات الروحية البرداوية كالاختلالات الروحية الموقته التي تأتي نوباً في الصرع المقص والتي يقول عنها رجي انها تنظاها اما بنوب اختلالات عقلية تهويلية حادة أو بسير في المنام يؤلف الحالة الثانية وفي هذه الحالة الثانية كان يظهر الذهاب والاياب غير الارادي في المصايين بالبرداء الذين ذكرنا مشاهداتهم باختصار ومع هذا فاننا نتحفظ في ارسال هذه التشابهات بين الصرع والبرداء الى ابعد من الحد اللازم ولكتنا نقتنع بتشابههما جداً بعد اجراء درس تقابلي بين الغريزة المرضية والتشريح المجري لكلا المرضين وعلى الرغم من الابهام الخيم على هذا البحث قد انضج ان نوب الصرع ومعادلاتها تنشأ من اختلالات دورانية محدودة لا تظهر اثارها الا بتأثير افعال منعكسة مختلفة الاسباب وعلى الأخص السمية منها . فالنوب الاختلاجية والطوارئ الروحية البرداوية لا يمكن ايضاحها بخلاف ذلك لانه بعد ان تجتاز الكريات الحمر المتطفلة (parasitées) كما يقول فنسن وريو الأوعية الشعرية تختل شروط الدوران الدماغي ولا تعود طبيعية كما تختل الخاصة التخثرية والكثافة الذرية والخاصة الزوجية فيحصل من مجموع ذلك عوارض آلية هنا فضلاً عن الاتان . وتقصر مرونة الكريات الحمر التي تغلبت عليها حيويينات الدم وفساد الغشاء الفارش الداخلي تكون سبباً في حصول نزوف نقطية اقل ماتحدثه انها تخل بارواء الدماغ عدا ان البرداء نفسها تحمل عنصراً ساماً منتشرأ جديراً وحده كما يقول مارشيافاوا وتشيرنيكوف بالاضرار بالخلايا العصبية ففي سياق تلك العوارض

الماغية للصرع والبرداء يزداد ضغط المائم الدماغى الشوكى كما ان علامة بابنسكى التى تنبئ بانتهاء نوبة الماء الكبير قد شاهدها بعد النوبة البرداوية المولدة للصرع .

واذا نظرنا نظرة سريرية مجردة استنتجنا ان البرداء باشكلها النموذجية والمقصصة والسدفة (frustes) قد تجلى بتظاهرات صرعية تسمع لنا معرفتها بالوقوف على تشخيص مرض خداع ومكافحته بالادوية النوعية كما انها تمكن المرضى من اجتناب العقوبات وقصاصات هم فى غنى عنها فالى هذه النقطة المهمة التى تعلق بالطب الشرعى الروحى للبرداء احببنا ان نوجه الانظار بانتخابنا عنوان هذا الموضوع .

معالجة الدواحن وفلغمونات اليد

للدكتور لومر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

ما من يجهل ان معالجة الداحس هي البضع غير ان الرأي السائد هو ان هذه العملية من متعلقات الجراحة الصغرى وان جراحة مبضع كافية لاجرائها مع ان الامر ليس كذلك لان خروج الصديد وحده ليس كافياً للدلالة على ان البضع قد احسن اجراؤه . وان الامر قد قضي بل ان المبضع نفسه اذا لم يشق شقاً كافياً او اذا جاء متأخراً لا يكفي لاجتناب المراقيل الخطرة بل يكون سبباً لقلب داحس سطحي داحساً عميقاً مع ما في هذا الداحس من المراقيل . ولهذه الآفة المتبدلة بمظهرها صيت سيء لان اصفر سحجة في الاصبع تجذب صاحبها كما لو كان الامر غريزياً فيه الى قبينة صبغة الايود وعمله عين الصواب لان الداحس آفة شديدة الألم وهذا ما يحمل المرء على اجتنابه ولانه آفة خطيرة، اذا اهملت معالجتها افضت الى ضياع الاصبع في ليلة وضحاها . وما ذلك الا لان نهاية الداحس التيس والتسقط اللذان ينقصان جداً وظيفة اليد وطاقتهما على العمل فمتى اختلفت وظيفة اصبع واحدة في اليد اختلفت وظيفة الاصابع الاخرى وهذا الامر واضح يعرفه حق المعرفة العملة واصحاب المعامل . اصف الى ذلك ان الداحس قد يفضي بعراقيله الى عجز اليد او يترها وربما افضى احياناً الى الموت والجراح يخشى الداحس ايضاً لانه عامل يشتغل يده كسائر العملة .

فاتقاء الداحس بالطلي بصبغة الايود خير ما يصنع غير ان ذلك لا يكفي متى كان التلقيح عميقاً بل ان الشق واجب ومتى ظهر التعفن كان لا بد من معرفة مكافحته وطريقة اجراء الشق .

فمن الدواחס ما يكون التهاباً سطحيّاً بالعروق البلغمية فلا يستدعي الجراحة بل ان المغاطس الحارة والتضميدات الرطبة تشفيه ببضعة ايام . ومنها ما يكون التهاباً عميقاً بالعروق البلغمية فتستحيل مكافحته ويفضي الى الموت بتسميم الدم — كما هو الامر في الوخزة التشريحية - قبل تكون الصديد .

ولا بد من التفتيش عن منشأ الصديد في الداحس حول الظفر أو الداحس الدائر (la tourniole) ونجد هذا المنشأ عند جذر الظفر . وطريقة الوصول اليه هي اجراء شق معقوف على الحوية الجلدية التي تغطي الظفر مع توجيه رأس المضع الى قاعدة السلامي وفصل شريحة مستقيمة الزوايا (rectangulaire) ذنبها الى العالي (كنافل) فيكشف جذر الظفر ثم يقطع منه القسم الذي فصله الصديد دون ان يؤذي رحم الظفر ، ويترك القسم الباقي منه ليقى قسم الرحم الاخر الواقع تحته في سياق التضميدات وهذه القطعة يقتلعها الظفر الجديد متى نبت . وتبقى تلك الشريحة مبعدة بشاش التضميد ريثما ينضب التعفج فتعاد الى مكانها .

ومتى بلغ التعفن تحت الادمة كان الداحس تحت الجلد ، فالنسيج الخلوي في الوجه الراحي مرتب ترتباً خلالياً والكباب الشحمية تفصلها خيوط ليفية غير مرنة فتجس فيه وسيدات متوترة متينة مرنة .

وهذه الكباب الشحمية اكثر عدداً في اغملة الاصبع (pulpe du doigt)

منها في الاماكن الاخرى حيث تمتد الخيوط الليفية من الجلد الى السمحاق فينجم من هذا الترتب ان انضفاط الخيوط العصبية بالوذمة الالتهابية في هذا المساكين التي لا تتوسع يحدث آلاماً لا تحتمل تسرق من الجفن الكرى . وان داحس السلامى الثالثة يكاد يعرقل دائماً بالتهاب السمحاق وتنخر السلامى اذا لم يكن التوسط باكراً . وهذا التوسط واجب متى اعاض الاتباج الصلب المتوتر عن التمدوج الطبيعي في الانملة . والحذر من اجراء شقٍ مستطيل على الخط النصفى لثلا يقع الى جانب البؤرة القيحية ويعفن الغمد متى كان طويلاً بل تقسم الأنملة مصراعين اولهما امامي جلدي والاخر خلفي فيه السلامى . يحدث شق قومي ممتد من الذروة وتفتح البؤرة بالمقراض وتخفص بقطعة من الشاش مبللة بمحلول دكان . وبعد ان يمر يومان او ثلاثة ايام ينزع التحفيض اذا كان القيح قد نضب . والسرفي هذا التوسط هو اجتناب انتشار التعفن الى الغمد الذي لا يتجاوز السلامى الثانية بعمليات لا لزوم لها .

واما دواחס السلامتين الثانية والثالثة الواقعة تحت الجلد فتشق وفقاً لتوزيع النسيج الخلوي . ففي الوجه الراخي نجد خيوطاً ليفية عمودية ممتدة من وجهه الادمى العميق الى غمد العاطفات ومعدة هذا النسيج غير قابل التمدد . واما في الوجه الظهري حيث ثقل المواد الشحمية فالنسيج رخو قابل للتمدد ومتصل بالطبقة الصفحية لظهر اليد . فلا انتشارات القيحية تتجه في هذه الاتجاهات وفي العالي نحو اليد لا تعود ترى نسيجا خلويًا ظاهراً بل نجد الحاجز الليفي الذي يصل الامشاط بعضها ببعض . وغمد الاصابع الليفي يتصل بنسيج اليد الخلوي العميق بالثغوب التي تمر بها عروق الاصابع والمضلات الحراطينية

(lombricau) وتنشر المجامع الصديدية الى اليد بهذه الثغوب . فيجب ان يكون الشق اولاً اصبعياً وجانياً عند النقطة الأشد ابتجاءً وإيلاً الواقعة غالباً في الجهة الراحية والوحشية حتى الملتقى الذي تتفرع منه شعبة نحو ظهر اليد وشعبة أخرى على مسير العضلة الخراطينية حسب خط ناهب من الفوت (espace interdigital) المصاب حتى منتصف عقب اليد (tolon de la main) . ويجب اجراء هذه الشقوق بعد التخدير العام لان التخدير الموضعي قليل التأثير في النسيج الملتتهب وواسطة لانتشار التهاب ولا يمكن الجراح من التحريات اللازمة .

واذا بدا الصديد اثر ضغط راحة اليد من ثقبه الاتصال كانت الساحة العميقة من اليد مصابة فيجب حينئذ شق الملتقى الليفي الذي يمكثنا من تباعد الاصابع والوصول الى البؤرة وتوسيعها وغسلها بمحلول دكان .

واذا التهاب مفصل في الجوار استحسن البتر الا في الابهام الذي تجب المحافظة على اصغر قطعة منه ما امكن . وبعد ان تقطع الاقسام المفصلية تثبت اليد في وضع حسن في ميزابة جبس ثلاثة اسابيع .

واذا لم يوسع الداحس الواقع تحت الجلد مال الى الانتشار عمقا نظراً الى متانة الادمة ، واصيب غمد الاصابع الليفي المحفظي بدوره حذاء السلامتين الاولى والثانية وقد ينشأ تعفن الاعماد من وخزة عميقة واقعة في ذلك الحذاء ومن تلقح جراحي في سياق شق ميء الاجراء على داحس سطحي او تحت الجلد . ومتى اصبحت الاعماد اصبحت الانذار سيئاً واختاف السير بين ان تكون الاصابع الثلاث الوسطى هي المصابة او الاصبعان الاخران الابهام والخنصر هما المصابتان .

ففي الحالة الاولى تنحصر الافة في الاصبع وحدها لان غمود السبابة والوسطى والبصر لا تمتد الى ابعد من السلامى الثانية في الاسفل . وهي تفتح عاليا في الفسحة الراحية النصفية حيث حد الرنج المحفظي واضح بخط يصل النهاية الوحشية لثنية تضاد الابهام بالنهاية الانسية لثنية اعطاف الاصابع . فيكون هذا الناحس اذن اصعبا في الغالب وقد ينتشر فيه التلقيح الى اليد ويفضي عادة الى التشميم . اما غمدا الابهام والخنصر المحفظيان فانهما يتصلان بالغمدتين الكبيرين الرسغين المشطيين الزندي والكعبري ويصعدان الى الساعد بالقتاة الكعبرية الرسغية . فمعظم الافة تقع اذن في راحة اليد وتنتشر الى وجه الساعد الامامي . وقد يفضي الفلقمون في كلتا الحالتين الى بتر اليد او الساعد فكيف يميز اذن داحس تحت الجلد عن داحس الغمد ؟ الاصبع متبجعة في كلتا الحالتين ومنعطفة نصف انعطاف كالحجن غير ان بسط الاصابع اذا اجري بلطف مستطاع بدون ألم في الناحس تحت الجلد وضغط الرنج الراجي العلوي لا يؤلم اما في داحس الغمد فان محاولة بسط الاصبع تحدث ألماً لا يطاق فضلاً عن ان البسط مستحيل ، وجس الرنج الراجي العلوي مؤلم جداً تكفي هذه العلامات لتمييز احد الناحسين عن الآخر . فيجب التوسط حينئذ ولكن كيف يجب ان يتم هذا ؟ كان يشق الجلد على طول الاصبع وبعد تنظيف الجرح جيداً كان يشق الغمد ايضاً حتى الوتر فكان ينجم من هذا ان الوتر ينفق وتكتنفه ندبة معيبة منكشة لا تتوسع . اما اليوم فان الاميركين الذين درسوا هذا الامر درساً واسعاً يجرون شقاً جانبياً فتبقى النسج امام الوتر سليمة . لا بل يصنعون الشق متقطعاً تاركين جسوراً جلدية ليفية حذاء

المفاصل لكي تضبط الوتر . ويجب ان يصل هذا الشق حتى اليد وينفتح الرتج العلوي فيفتش فيه عن انتشارات الصديد نحو المسافة الراحية النصفية . ويشير ايسلان يشق الاصبع جانبياً منذ بدئها حتى نهايتها وباجراء شقين من الجهة المقابلة يترك بينهما جسر جلدي حذاء المفصل .

ويخفض الجرح في النقاط الاكثر انخفاضاً . وكلما كان التوسط باكرآ كان الامل كبيرآ باستادة الوظيفة وتثبت الاصبع في الوضع الاكثر ملائمة للوظيفة كنافل اي منعطقة ٦٠ درجة حتى اذا يلبس تفيد بعض الفائدة واجتناباً للهبوسة تحرك الاصبع باكرآ وسريعآ ويبدأ بالتحريك كلما ضمدت الاصبع .

واذا اصاب المفصل المشطي السلامي يستحسن بتر الاصبع مع رأس المشط ولا يغرننا الانتباج والاحمرار في ظهر اليد فنظن ان مقر الافة الاساسي فيه بل علينا ان نفتش عن الصديد في راحة اليد . فالألم الحاد الشديد الذي ينهيه ضغط شثن (durillon) او قاعدة الاصبع كافٍ للإرشاد الى بوءرة الصديد العبيقة .

تشفل الفلغمونات العميقة المسافة الراحية النصفية والمسكن الاولوي (thénarienne) اما فلغمون الضرة فنادر . وتعقب فلغمونات المسافة الراحية فلغموناً سطحيآ ناجماً من وخزة او داحس تحت الجلد . واذا اجمل داحس اغمد الاصابع المتوسطة ولم يشق سريعآ ثقب الصديد الرتج العلوي واستولى على النسيج الشحمي في المسافة الراحية النصفية الواقعة عميقاً امام سطح المضلات المشطية وبين العظام تحت اوتار العاطقات . وينتج الوجه الراحي ولا سيما عند

قاعدة الاصابع ويتعجن الوجه الظهري تعجناً كبيراً .

وليست الآفة فلغموناً واقعاً في الاغناد الراحية لانها ليست مؤلمة ولان بسط الاصابع الى حده الاقصى مستطاع غير ان تعفن هذه الاغناد مستطاع .

والشق السريع واجب على ان يكون بين الاصابع حسب خط سائر من الملتقى حتى منتصف عقب اليد واوسع طريق يسلك فيه الى راحة اليد هو الشق السائر نحو القوت الثاني فاذا ادخل منقاش في الشق افرغ المسافة الراحية النصفية وحفظت الناحية بشرايط مطاط . وقد درس دلورم درساً حسناً طرق الوصول الى هذه المجامع الصديدية والقاعدة فيها اجتناب العروق والاعصاب .

وقد يعقب فلغمون المسكن الالوي (thénarienne) تلقحاً مباشراً او تعفناً في البعد كداحس الخنصر ويستقر الصديد بين عاطفة الابهام القصيرة ومقرته ثم يتسرب في الملتقى وناحية القوت الاول الظهرية . فيشق عند الملتقى فتصل الى الصديد .

وتعقب فلغمونات الاغناد تلقحاً مباشراً او داحساً في الابهام او في الخنصر او فلغمون المسافات الخلوية المجاورة . فوضع الاصبع المنعطفة انعطافاً لا يستطاع اصلاحه ياتي والالم على مسير الغمد عند ضغطه يستدعي التوسط الجراحي وتتفخ اليد كلها دون ان يغلب الاتساج في ظهرها ويمتد حتى الى ما فوق المعصم . واذا لم يضع المريض طرأت عراقيل خطيرة . فان الغمد الاخر قد ينتشر التعفن اليه واذا انبثق امتد التفحج الى المسافات الخلوية وامتدت العفونة الى مفصل المعصم واستدعى التهابه النشر ثم امتد الالتهاب الى وجه

الساعد الامامي فتكون فلقمون. فيه وتسرب القيح بين العاطفات والمربعة الكتابة
اولا ثم بين طبقتي العاطفات وانتشر الى العضد على مسير الإغهاد الوعائية وربما
كان البتر الواسطة الوحيدة للنجاة . ويشير بيكه بأجراء شقين او اربعة
شقوف بحسب الحالات على العضد والوجه الامامي للساعد ويصل هذه الشقوق
بعضها ببعض اذا لم تخف الاعراض فاتحاً القناة الرسغية من الجانبين والقناة
النصفية التي لا ترى .

اما لوسان فانه يفتح منذ البدء الرباط الحلقي للمعصم بشق شقا نصفيا بعد
ان يكشف العصب المتوسط وبقيه ثم يشق الغمد الكهربي بمجتنبا الشعبة
الاولية التي تصالبه او الغمد الزندي بحسب مقرر الافة او الغمدين معا
اذا كان الفلقمون شاملا . فينجم من هذا شق ٧ بشكل ٧ ويروى كل
هذا بمحلول دكان وتضمد الجروح المفتوحة .

وينفذ كنافل الشقوق المعروفة على وجه الساعد الامامي وراحة اليد
ويجري شقوا جانبية متقطعة يخفض بها الغمد في النقطة المنخفضة وينع الوتر
عن الانفتاح من خلال فوهتي الشق ويتحاشى الندبة المنكشة .

واليكم الطريقة التي يفتح بها الغمد الزندي وفقا لتعليماته : ١ - اجراء
شق على الحافة الانسية للخنصر حتى ثنية الانعطاف القاعدية . ٢ - شق
على الحافة الوحشية للضرة (تحت التناز) منذ الحافة الوحشية لقاعدة الخنصر
حتى الحافة السفلى للرباط الحلقي : وهذا الشق مشابه بعض الشبه لشق دلورم
الراحي الانسي (والحذر من القوس الراحية السطحية وشعبة الزندي الوحشية)

٣ - شق ساعدي انسي طوله اربعة قراريط على طول الحافة الامامية للعظم الزندي وبعد ان يبعد العصب والاوعية يفتح الغمد على منقاش مدخل في الشق الراحي ويفتح الغمد الكعبري ١ شق على حافة الابهام الوحشية ٢ - بشق على الحافة الانسية للالية (تار) حتى الابهام تحت الرباط الحلقى احتراماً لشعبة المتوسط الالوية (تارية) ٣ - بشق ساعدي وحشي على الحافة الكعبرية . ويفتح الرباط الحلقى اذا لم تسقط الحرارة وفتح لا يترك بعد الندبة اقل نقص في الوظيفة .

هذه هي الشقوق المختلفة التي يجب اجراءها بحسب الحالات . غير ان المرضى الذين نراهم عادة يكون قد قدم العهد على دائهم فاذا لم يكن البتر واجبا تكون وظيفة الاصابع قد اضمحلت اضمحلالا لا ترجى عودته . وينتهي الامر بالقسط فيجب اذن كما في كل عضو يصاب بالقسط ان تعطى اليد الوضع الاقل ازعاجا . وهذا ما يسمى وضع كانافل الوظيفي . توضع جبيرة خلفية مزواة قبسط المعصم بالدرجة ١٠ وتعطف الاصابع نفسها بالدرجة ٧٠ ايضا . وبعد الابهام عن الراحة ويجعل في حالة التضاد على ملف من الشاش موضوع عموداً في حفرة اليد . فاليد في هذه الحالة تفيد بعض الفائدة .

وكثيراً ما تستدعي التشوشات الوعائية الحركية والاعتنائية وآفات التهابات الاعصاب التي لا تتطاف البتر بعد الشفاء .

وصفوة القول يجب ان تعالج فلفغمونات اليد والمراحس معالجة سريعة

ورشيدة وان يكون الجراح واثقا بتشخيص الافة قبل اخذ الموضع .
 والتخدير العام واجب الا في دواحي الانملة

ورباط اسمر ك يساعدنا على روية النسج حسنا ويجب ان نتحاشى
 الشقوق النصفية الطولية في الاصابع ما امكن وان يفتش عن
 الانتشارت القيجية حسب ترتب النسيج الخلوي . وقد يفيد الاستلقاء
 بروييدون دله .

وعلى كل طبيب ان يحسن شق داحس الغمد او فلقمون اليد في بدئه
 لان هذا الشق البدئي يتعلق سير الافة المقبل .



بحث في الحى الحدارية

عربها عن الانكليزية الدكتور كامل سليمان الحوري (بروكلين نيويورك)

ان هذه الحى تتهدد صحة آلاف من الاولاد وحياتهم فان الوفيات بامراض القلب تزايدت من سنة الى اخرى ، ففي الولايات المتحدة يقرب معدل الموت بامراض القلب من ثلاثمائة حادثة في المائة ألف . وقد ثبت اليوم ان الحى الحدارية تسبب على اقل المراتب خمسين بالمائة من مجموع الوفيات الناشئة من علل القلب ومعظم ذلك في الشبية واحياناً في المتقدمين في السن فقد ثلاث سنوات تعتمد مجلس الابحاث الطبية معرفة اسباب الحوادث الحدارية غير العادية في الشبان في بعض الاقسام من بريطانيا العظمى ، ومع ان المنقبين ذهبوا الى بيوت مئات من الاولاد لدراسة البيئة وما الى ذلك ، فلم تؤد جهودهم وأبحاثهم الى نتائج واضحة وقاطعة فيما يؤول الى الوقاية من هذا الداء الفاجع المشؤوم . وهذا البحث اُدى الى تعقيد القضية اكثر من حلها . وكانت نتيجة البحث ان الاولاد العائشين على حسب الطرائق التي توجبها انظمة حفظ الصحة في المؤسسات كانوا اقل عرضة للاصابة بالحدار منهم في الفئة العائشة في بيوت فقيرة . كما ان الابحاث المباشرة تحت رعاية مجمع الابحاث الطبية قضت عن تقرير اي علاقة فيما بين الوراثة والحدار . هذا وان لم يتوحدش البحث الا قليلاً الى إثبات الحدار في الجدد ، قد شوهد حصوله في الوالدين في عشرين بالمائة من الأسر الحدارية . والحدار قد حصل ايضاً في

والدين في أسرٍ أُخذت كشهودٍ ولم يشاهد فيها حوادث حذار صيانية ،
 اما فيما يتعلق بالسراية رأساً فتقارير البحة كانت غير مقنعة بتاتا . وعلى الارجح
 قد كتب اكثر من اللازم فيما يتعلق بالتهاب اللوزتين العفني وعلاقة ذلك بالحى
 الحدارية ، اكثر مما كتب على اي ناحية من هذا الموضوع . وتقارير مجمع
 الابحاث الطبي لم يقرر قطعياً فيما انا كانت لوزات الحلق الخارجة عن القياس
 العادي تساعد على هجوم الحدار . ففي خمسة وعشرين بالمائة من الاولاد
 المحدورين الذين دُقق في دراساتهم كانت لوزات الحلق غير مضابة ظاهراً .
 ويظهر من أدلة التقاويم وجود علاقة بين اللوزات المريضة والحدار ، بيد انه
 ليس ثمة برهان واضح يفهم منه ان الحدار ناشئ عادة من حوادث عفونة
 اللوزتين . فانجرمان وويلسون « Ingeman and Wilson » قد وجدوا بالممارسة
 المعدل المثوي نفسه فيما يتعلق بعدد الاعراض وانتكاس الحدار في ٨٨ ولداً
 درسوا مشاهداتهم في سريرات الاطفال في كلية كورنل « Cornell »
 الطيبة في مجموع الاولاد الذين لم تُجر لهم عملية استئصال اللوزتين كما في
 مجموع الاولاد الذين لم تستأصل لوزاتهم .

وقد وجد فارنوم « Farnum » ان خزع اللوزتين لم يحمِ المرضى من
 انتكاس وعكات الحدار المفصلي ، ولم يبق من حملات التقصير ولا اتصل الى
 ايقاف انتشار آفات جديدة في القلب بين سبعائة مريض حصلت دراسة
 احوالهم في سريرات علل القلب في مستشفى القديس لوقا في نيويورك .

هذا وكان يمكننا ان نسرّد للقراء ابحاثاً اكثر يستدل منها على ما هنالك
 من الغموض في ايضاح قيمة استئصال اللوزات في منع هجوم الحى الحدارية

او في تثبيط تقدمها او قمعها . على انه لا يؤخذ من كلامنا جواز تبرئة ولده
او يافع ان بقي لوزيته ملتبهتين في حلقه بعد ان عرفت الان علاقة تغفات
كذه باختلالات اخرى ، فضلاً عن ان التهاب اللوزتين بحد ذاته يمكن ان
يقوم مرضاً يستدعي الاهتمام بمخطورته . فقد لاحظ كومز « Coomles »^(١)
في مراقباته الدقيقة بشأن الحى الحدارية مؤخراً ، وامعانه في دراستها
وتدقيقه في كل ما كتبه بشأنها بروية وتمحيص لا مزيد عليهما ما خوله ان
يقرر مقتنعاً ان الاولاد يقعون تحت وطأة الحدار بسبب وجود عيوب إرثية
تضم قوتها الى محيط غير ملائم ، وهكذا يتسهل للجراثيم الوبيلة ان تشن
غارتها بطريق اللوزتين ، اقله في ثلث الحوادث ، وقد قال انه يُحتمل تطرق
الفساد بواسطة اللوزات في باقي الحوادث ايضاً ، انما بدون اثار مقاومة ما
محسوسة في مركز الولوج . فبعد تمحيصه بدقة كل البيانات والدلائل فنى
الاستاذ « كومز » الموما اليه كل الظنون والاراء القاهبة الى ان الحيويينات
« vitamins » والغدد ذوات الافرازات الداخلية او الملاح المعدنية في الحية
او نسبة الحوامض بالقلويات يمكنها ان تكون ذات علاقة مقررة على حدة
امراض القلب الحدارية . فألية الحملة على القلب واضحة : فالمواد العفنة تستطرق
الى المجرى الدموي فيحملها هذا الى القلب حيثما تسبب تغفات خطيرة
تصحبها تغيرات مرضية وصفية في الصهائم وعلى طول طرق انقسام الاوعية
الدموية في عضلات القلب . فالبجائة « كومز » يظهر ان اضرار الحدار تؤثر

(١) كومز « Coomles » تشخيص مرض القلب الحداري في مراحله الباكرة

ومعالجته . النشرة الطبية البريطانية . شباط سنة ١٩٣٠

في القلب والمفاصل والسحايا (أغشية الدماغ) والنسج تحت الجلد حتى الرئتين فالضرر ينتشر ويعمم أكثر مما كان يظن لحد الآن . وفي الفترات التي تمخلل الهجمات الحادة - حتى على فرض انتفاء وجود الحمى - يلبث التعفن مقموماً بدون ان يتوقف . وفضلاً عن ذلك فالاستاذ « كومز » لا يذكّر ابداً ان ولداً أصيب بحملة حدار مفصلي الا ظهرت فيه بعدئذٍ دلائل اصابة قلبية واضحة حتى قد يصح القول ان التهاب القلب هو العلة الاولى وان التهاب المفاصل وداء الرقص « Chorea » هما المراقيل او الاختلاطات . وفي الحقيقة فان قلوب الاولاد يمكن ان تتعطل بنوع خطير بدون ما ظهور ظواهر يشعر بها . والدكتور ريجنالد ميار « Reginald Miller »^(١) اعلن اقتناعه بان حدار الفتوة هو مرض محيطي اي يتعلق بالمحيط، ويرى ذاته مدفوعاً الى الجهر بصواية الفواعل الخلقية ، والمستولية وافدياً ، على انه بالاتفاق مع ذوي الخبرة الراهنة من الملاحظين والمراقبين يحترض مشدداً ومكرراً بوجود التنقيب باكراً عن العلة قصد التثبت بكلمة في الامكان من الوسائل لمساعدة النسج المصابة والمتأثرة للانتصار على الوعكة وقهرها . فالعلامم الباكرة كالآلام الحاصلة في الاطراف والتي يسمونها « آلام النمو » وارتفاع الحرارة قليلاً والتعب الخ . لا يسوغ ابداً التغاضي عنها كأمر ثانئة . وعندما تكون اللوزتان ملتهبتين يتوجب فحص القلب تكراراً للتثبت عما اذا كان له يد او دخل في العدوى والفساد . فالاستاذ ميار « Miller » يحذر خصوصاً بشأن الولد الشاحب الضعيف،

(١) ريجنالد ميار « Reginald Miller » تشخيص الحدار الصياني . الجريدة الطبية

التعب ، ذي القابلية الضعيفة ، والذي يرى كأنه مسموم وتعرّوه حتى خفيفة ليلًا ، ومثله الولد المتلى بوجع الحلق أو الذي لا يجد راحة في حلقه ، والولد السريع التأثر والانفعال ، والشكس الذي يتابه الأرق ويكون عرضة لحوف الليل . على انه لا بد لنا من التكرار اننا في حوادث كثيرة نرى القلب يضرب قبل كل شيء ، ويكون هو البرهان الوحيد على الإثبات الحداري . ووصولاً الى كشف مثل هذه الحوادث في وقتها ، وللافاة عواقبها يترتب تكرار مراقبة المدارس واستلغات انتباه طيب الأسرة للتدقيق وتمعن النظر في البحث والتقصي يذهب كومز «Coomles» الى ان مقابل كل حادثة اثبات حداري نكتشف باكرآ يوجد ثنتان لم يؤبه لهما بسبب اهمال التدقيق وتكرار الفحص والتأني في الاستقصاء . ويرتأي ملز «Miller» وجوب استقصاء كل اجهزة الجسم استقصاء مكملًا في حال اضطجاع الولد ثم فحصه واقفا . ولا بد من الانتباه لاعراض قصر التنفس وانقطاعه لدن اقل جهد ، والى الاصفرار المتزايد ونقص الوزن وشبهة الطعام ، والى انحطاط الهمة والنشاط العموميين الموديين الى الخمول . فالوسائل التي وصفت لاجل اكتشاف الحى الحدارية باكرآ ومعالجتها لحد الوقت الحاضر تدلنا على قرننا في المعتقدات والتجيزات العلمية فيما يتعلق بشأن مقاومة هذه التعفّنات والوقاية منها .

والبحثة مجمعون على ان المهاجمة القوية التي يجب شتمها على الحى الحدارية قصد دحرها لا تنسئ الا عن طريق جهود وابحاث المعامل لايجاد سبب العلة الحقيقي وآلية نتائجها وعدواها وما اشبه من العوامل التي من شأنها ان تؤدى الى امكن التوفى لوجود لقاحات ومصول واقية وشافية .

ولقد خابت الآمال لدن اعلان التقرير الذي نشرته ماي ويلسون « May G. Wilson » ورافقها عن قيمة ضد المصل « anti-serum » الذي استخرجه سمول « Small » من المكورات العقدية في حوادث الالتهاب المفصلي القلبي وعن مولدة الضد « antigen » الذؤابة .

فيظهر ان استعمالها في حوادث خمسة عشر ولداً رافقتها ظواهر حدارية فعالة مختلفة لم يجد نفعاً ولم يؤثر في سير العلة السريري الاعتيادي ولا وفي حصول انتكاسها . بيد ان هذه الحية لا تسوغ للبحث ان تفترهمهم في حملاتهم على قضية قد اثبت تاريخها المشحون بالحية في آلاف الحوادث التي انتهت بجعل الالوف من الاولاد والكهول لا يستطيعون السعي بسبب ما اعترام من امراض القلب او ما نشأ منها من النتائج المزعجة .

وفي الختام ان حل مسألة الحى الحدارية وانقاص حوادث امراض القلب ، يجب البحث عنه في تطبيق أعلى ذرائع الابحاث الطبية طبقاً للنمط الحديث ، والتعاون بتعميمها في الأوساط التي تشاهد فيها المشاهدات العديدة ، والتي اكملت فيها على أتمها شرائط تطور فن الطبابة ، بما فيه الكيمياء الحيوية (اي التي تبحث في ماهية الحياة) ودراسة الامراض وفن الراجيات وفن اكساب طرق المناعة والوقاية .

حبة الشرق (Bouton d' Orient)

«٣»

للدكتور شوكت الشطي الاستاذ في معهد الطب بدمشق

المداواة

استعملوا في مداواة حبة الشرق ادوية عديدة وكثرة عددها دليل على انه ما من واحد منها يفعل فعلاً نوعياً

وتختلف المداواة باختلاف الحالة ودور المرض وسكني المريض في بلد حيث الحبة بلدية أوفياً إذا كان طاهر سبيل .

يعمل العراقيون معالجة هذه الحبة ولا يستشير أكثرهم الاطباء من اجلها وكذلك الامر في حلب وغيرها من البلدان الموبوءة وقد جربت في معالجتها العوامل الطبيعية والكيمياوية والآلية .

يقول لافرن ان افضل طريقة لمعالجة الآفة متى كانت واحدة وغير متفرحة ومكونة من عقيدة صغيرة تركها وشأنها مع المحافظة على الطهارة فلا تلبث حينئذ ان تجف ويموت ثم تزول

وقد جرب بعضهم استئصال العقدة وتوصلوا الى نتائج حسنة نذكر منهم جنسلم ومارمينوفسكي وبوسير وناتان لاريه . الا ان الالتجاء الى هذه الطريقة في البلاد الموبوءة غلط فاضح لان المريض لا يكون قد اكتسب المناعة الكافية بل يظل معرضاً لان يصاب بها ثانية

وأفضل ما يجري أيضاً في الآفة المتقرحة الصغيرة المساحة غير المتجهة الى التوسع حسب رأي أكثر المؤلفين هو مساعدة الشفاء عفواً بالوسائط البسيطة . وتكفي حينئذ نظافة مقر الآفة تحاشياً للالتئام التالي . ويذر على القرحة مساحيق قابضة كالغصص والخنة او مساحيق ماصة كالدرماتول والارستول واليودفورم وفحاة الحديد او تضمد بلصقة فيغو على رأي لافرن

ان هذه المساحيق تملأ التقرح قبل ان تتكون عليه قشرة .

واذا ظهر اثنان ثالث عولج في بدئه بالليينات سعيّاً وراء اسقاطه

ومتى تكونت القشرة امتنع عن مسها بتاتا لان الآفة تنمو تحتها ومتى وصل النمو الى درجة الندب سقطت القشرة من نفسها وتجب المحافظة على نظافة الجلد في اطراف القرحة .

ومتى كانت القرحة منسعة او بدت عدة قروح وجب التوسط حذراً من اتساع القرحة وسعيّاً وراء الشفاء . ويأبى المؤلفون جميعهم طريقة الكي بالنار بعد الكشط او بدونه ولا يخفى ان العرب يكثرون من استعمال الكي وقد جربوه في بثرة الشرق ولم تكن النتائج حسنة بل كانت الندبة اكبر اتساعاً مما لو تركت الآفة تسير سيرها الطبيعي .

واستبدل بعض الاطباء النار بالتبريد بواسطة الاثير وحامض الكربون الثلجي ويظهر انهم حصلوا على نتائج حسنة . ومع ذلك فانتالا ننصح باستعمال هذه الطرق لان الندبة لا تكون اخف وطأة مما لو تركت البثرة وشأنها .

اما المواد الكيماوية التي جربت فكثيرة فقد استعمل منها ما كان كاويا كأزوتاة الفضة وحامض الفنيك وحامض الازوت او الفورمول ثم اِهْمَلْتِ .

وجربت فوق منة ناة البوطاس وزرقة الميلى مساحيق ومراهم فلم تقدر . ويظهر ان عمل هذه المساحيق المطهر لا يكفي للفتك بالطفيليات . واما المحاليل الايودية فتؤثر في الطبقة السطحية من الآفة فعلمها محدود والحالة هذه وجرب الارسنوبنزن فأفاد فائدة بسيطة . ولا يقول جنسلم بان للزرنخ فعلا نخاصا باللايشمانيا ويعتقد ان الملاح الزرنخية توقف الآفة عن النمو وتجعل النسيج أكثر مقاومة تجاه الطفيليات ولا يتخلو حقن الوريد بها من محاذير فلا يشار بها اذن

واستعمل مانجن في حلب تحت كلورية الكلس سنة ١٩٢٤ وكان قد اوصى به بواجه سنة ١٩٠٧ فبذلت منه فوائد حسنة . تحضر اولا خلاصة غليسرينية مركبة من :

٢٥ غم	خلاصة جافل
« ١٠٠	غليسرين
	ثم تخلط حسب الترتيبين الاتيين :
١ غم	أ - خلاصة جافل الغليسرينية
« ٤	غليسرين
١ غم	ب - خلاصة جافل الغليسرينية
« ٤٠	لانولين

فيستعمل المرهم الأول وهو حار على القرحة بعد نزع القشرة بالمشط ثم يطلى محيط الآفة بالمرهم اللانوليني ويستر الجسيم بضاد . ولا يلبث القطن المبلل بالمحلول ان يجف فيلتصق بالآفة . وتختلف مدة هذه المعالجة من ثمانية ايام الى ثلاثين يوما وقد شفيت بعض الحالات المستعصية باستعمال

الزيت القوسفوري موضعياً . وحربت صفصافة التيل مرهما فبدت نافعة واستعملوا الطرطير المتقي حقتاً في الوريد فكان مفيداً حتى ان كثيراً من الاطباء عدوه علاجاً نوعياً . يهبأ منه محلول في المصل الحلقني نسبته ١ / ٠ . وينعم حسب طريقة تنبدال ويحقن الوريد بـ سم مكعب كل خمسة ايام ويزاد المقدار تدريجياً حتى ١٠ سم مكعبة . ويلاحظ التحسن بعد كل حقنة . ولا يجوز ان تزيد كمية المادة المحقون بها عن ١٠ - ١٢ سم مكعبة تحاشياً للتسمم . وعلامات التسمم هي السعال والاقياء والوهط العام . وقد يصادف في سياق المداواة وعك وآلام . ففصلية وفاقه دم . فيجب حينئذ ترك المعالجة بضعة ايام . والطرطير المتقي عدا ذلك كأول للجلد . لذلك يجب الانتباه حين حقن الوريد به وقد جرب الطرطير المتقي حقتاً في العضلات ومرهماً بنسبة ٨ / ٠ . على ان يستعمل مرة كل يومين .

وقد جرب طلعت بك معلم امراض الجلد في مستشفى الكليخانة مداواتها بالـ ٧٢ (استيوزان) او ٦٦ (اتيوزان) وغير ذلك من ملاح الاثمد (اتييمون) فكانت النتائج حسنة الا ان الحقن بالمواد المذكورة لا يتخلو من محاذير منها فحش اثاث الملاح المذكورة واضطراب المريض الى استشارة الطبيب مراراً عديدة وهذا ما حمل الاستاذ المذكور على التفتيش عن طريقة اخرى لمعالجة البثرة معالجة موضعية وعن افضل المعالجات الموضعية الناجعة . جرب تضديد بثره الشرق بأدوية مختلفة منها الحامض الفنيك والسلياني والكحول وصفة الابد وفوق كلورور الحديد ونحت فحماة الحديد وكلورور التوتيا وحامض الازوت والبوطاس الكاوي وفوق منفاة البوطاس والزئبق الحلو والبودفورم والارستول .

والصالول والدرماتول والاكتوغن والكبريت والكيينا والكافور والامين وزرقة
 المتبلن الى غير ذلك من الأدوية . الا ان ذلك كله لم يجد نفعاً لا في شفاء
 البثرة ولا في تحسين نديتها وتقصير مدة سيرها ، وقد شوهد ان بثرة كويت
 بأزوتاة الفضة وكبريتاة النحاس فتورمت واخذت منظرأ درنياً حتى انها
 كادت تلتبس ببعض الاورام . ولاحظ طلعت بك ان بعض الاهالي يعالجون
 البثرة ببعض ملاح الائمث تدجيلاً فاخذ يتقصى في الامر واستعمل كلورور
 الائمث الثلاثي . يستعمل هذا العلاج ممزوجاً باللاتولين بنسبة ١ - ٣٠

ولما كان هذا المرهم مخدشاً فقد نشأت في اطراف الجرح من استعماله
 بثرات صغيرة عاملها المرضي المكورات العقدية لذلك ارتأى ان يتناول مرهم
 كلورور الائمث الثلاثي مع مرهم حمض التوتيا لكي يزول التخديش المحدث من
 العلاج الاول بالرمم الثاني استعملت هذه الطريقة في ٢٥ حادثة فكانت تشفى
 في مدة ٢٥ - ٣٠ يوماً . وقد داوى شعبان بك حكيم امراض الجلد في مستشفى
 حيدر باشا وجواد بك طبيب امراض الجلد في مستشفى جراح باشا البثرة بهذه
 الطريقة فكانت النتائج التي حصل عليها مماثلة لما حصل عليه طلعت بك .

وجربت بودوزموتاة الكينين فافادت . تحقن العضلات بمحلول هذا الملح
 وجربت ايضا كلور مائية الامتين وذلك بمحقن اطراف البثرة بها ويجب
 ألا يكون المحلول كثيفاً تعاشيا للخشكريشات . وعالج حنا الحياط سنة ١٩٢١
 في مستشفى الموصل الملكي ٨٧ حادثة في ادوار مختلفة وقد استعمل الطريقة
 الآتية فحصل على نتائج باهرة .

يبدأ اولاً بغسل السطح بالكحول ثم يحقن طبي الائمة تحت الآفة بمقدار

شفي بهذه الطريقة ٧ شخصاً وتحسنت عشر حبات تحسناً باهراً ولم ينجح منها ثمانية أشخاص ادنى فائدة وكان بين هذه الحوادث الثمانية من كانت قرحاتهم متسعة او من اسبثت مداواتهم السابقة . وقد استحصل سندرسون نتائج باهرة في ٢٨ حادثة عولجت بالملح المذكور . وكان يحقن هذا المؤلف قاعدة القرحة واطرافها باستمرار مكعب الى ستمترين من محلول كلور مائية الـ ٢٠٠ العشري . فيحدث من الحقن ايضاً في الجلد يتلوه تفاعل التهابي مختلف الشدة ويتم الشفاء عادة في اسبوعين . وتكون ندبة البثرة المعالجة بهذه الطريقة صغيرة .

ويستعملون في المهندقتا موضعية موفقة من محلول كبريتاة البربرين
بنسبة ١/٠ الى ٢/٠ ويتمون في استعمالها طريقة فرماوشنداني ونتجها
حسنة وتقوم هذه الطريقة بمحقن عدة نقاط حول الاقبة ٢ سم من محلول
نسبته ١-١٠٠ أو ٢-١٠٠ وتجري حقنة واحدة في الاسبوع ويتم
الشفاء عادة بعد حقنتين ولا حاجة الى الحقنة الثالثة الا فيما ندر

والعوامل الحامية تقوم بالمعوا، الحار والايونية ionisation والتدوية (electro-coagulation) . وشعة ما فوق البنفسجي والأشعة المجهولة . وشاهد كثير من المؤلفين حوادث شفيت بالأشعة المجهولة وقد استعملت بهذه

الطريقة في المستشفى الملكي في بغداد . وقد مارس الدكتور نورمن هذه
المعالجة عدة سنين ويلخصها بالكلمات الآتية التي جاء على ذكرها زميلنا
الدكتور باشاجي .

تفعل الاشعة اذا كانت مقاديرها مناسبة فعلا حسنا في الجبات التي لم تلغها
العقاقير ويظهر ان المقادير الكبيرة تضعف مقاومة الجلد فتشط الآفة اما المقادير
الخفيفة فلا تفيد البتة لانها تجعل اجسام الالاشانيا اكثر مقاومة . ويجب
الانتباه في مداواة بثرات الوجه لانها اكثر مقاومة للاشعة غير انها تشفى بها .
واما ندب الآفات التي لعبت فيها الايدي فاصيبت باتان تال فيحتاج الى زمن
طويل وقد كان لايونية التوتيا (l'ionisation par le zinc) في هذه الحالة فائدة
كبيرة . غير ان ذلك لا يجوز الا بعد زوال الطفيليات تماما بالفحص المجهرى
تغطى حينئذ القرحة بقطعة مبللة بمحلول كبريتاة التوتيا نسبته ٢ / ٠ ثم يمر
التيار على ان تكون قوته ميلي امبيرين اكل يستمر مكعب من السطح مدة
خمس عشرة دقيقة وتكرر هذه العملية عدة ايام وقد لوحظ ان كثيرا من
القروح الواسعة التي لو تركت وشأنها لاستمرت مدة طويلة قد جفت في
بضعة ايام وندبت باقل من ثلاثة اسابيع

وذكر (لرات ، Lerat) سنة ١٩٢٨ علاجاً حديثاً يدعى سينكتول (synectol)
مؤلف من نباتات فعلا مرمم للقرنية وقابض ومعرق . وقد مزج جواهر النباتات
الفعال بسواغ مركب من اللانولين وزبدة الكاكاو وهذه المادة صلبة صفراء
عمره لا رائحة لما دهنية . وهو يستعمل في المعالجة الحطة الآتية . تذاب
المادة في حمام ماري حرارته ما بين ٢٠ - ١٥٠ درجة . ثم تزال التشور

وتمسح الآفة بالايثير ويبسط المرمم على الشاش خطوطا خطوطا ويطبق على الآفة ثم يغطى الشاش بقطن ويربط او يثبت الضماد بقطع مشمع . ويحدث الضماد الاول حس حرارة ولا يلبث هذا ان يخف لان المادة تبرد ويضمد مرة كل يوم بعد ان ترفع الطبقة الجافة التي استعملت قبلا . ويجب ان تكون حرارة الضماد الاول ١٢٠ درجة وتكفي ٦٠ - ٨٠ في المرات التالية . ويتم الشفاء في خمسة عشر يوما اي بعد خمسة عشر ضمادا . والقاعدة هي الشفاء بهذه الطريقة ويتم الشفاء بدون ندب بنسبة ١٠ ٪ .

يؤثر السينكتول كمعقم بجزارته وكمرم ومندب بالنباتات الداخلة في تركيبه . وهذا العلاج هو ضماد طاهر ومطهر . وذكر لنا انه استعمل هذه الطريقة في ٤٦ حادثة في حلب ثم في باريس في اشخاص قادمين من مناطق موبوءة ويستنتج من استقصائه ان شفاء بثرة الشرق بدون ندبة ممكن وهو القاعدة .

يستنتج مما تقدم ان لكثير من الادوية فعلا حسنا في حبة الشرق . غير ان هنالك امرا هاما الا وهو حادثة المناعة والوقت المناسب لاستعمال هذه المعالجات لان استعمال المعالجة واحداث الشفاء قبل وقوع المناعة امر لا فائدة منه بل قد يكون مضرآ في قاطني البلاد الموبوءة لان المناعة ان لم تتكون حدث المرض من جديد ولربما ظهر في ناحية الطف من الناحية التي ظهر بها اولآ وكانت الآفات اكثر اتساعا وتحريآ . فاذا كان العلاج طاهر سيبل وغير معرض لسكنى البلاد الموبوءة مدة طويلة جازت هذه المداواة واما اذا كان من قاطني البلاد الموبوءة رجب اكسابه المناعة اولآ ثم مداواته . غير ان هذا

لا ينطبق على الآفات الثانوية والقروح المتسعة التي قد تتجم منها عراقيل .
والأفضل في هذه الحالة مراعاة قواعد حفظ الصحة والسهر على نظافة القرحة
وطرافها ويكفي غسلها بمحلول فيني نسبته ١٥ / ١ او محلول سليما في نسبته ١٠ / ١ .
ويجب الانتباه للحالة العامة وتقوية البنية اذا كانت ضعيفة بالحديد والزرنيخ
والكنكينا .

الوقاية

الوقاية من حبة الشرق في البلاد الموبوءة أمر يستدعي الانتباه للعوامل
التي تعمل في انتشار هذا الداء الجلدي ومداخر الفوعات والوسائط الناقلة واسباب
انتقال المرض المقصودة والمعتنفة . ويقسم البحث في الوقاية قسمين : الوقاية
العامة والوقاية الشخصية

الوقاية العامة

ان القضاء على الطفيليات في الانسان والكلاب او انقاص عددها ونشاطها
أمر ممكن ففي الانسان توجه العناية اللازمة الى المصابين بها لتخفيف فوعتها
وفي الكلاب تتخذ تدابير شديدة بقتل الحيوانات الشاردة والعناية بالكلاب
المملوكة وقد بدأت مكافحة الكلاب في كثير من البلدان الموبوءة واخذت
دوائر الصحة بالقاء الاوامر المشددة لزيادة الكلاب الشاردة ومراقبة الكلاب
اليتية . ومن وسائل النقل ايضا الذباب والحموش (البعوض واخر الوريد) .
ان الاقليم وقلة الوسائل الصحية والحر وكثرة المياه وطرز معيشة الاهالي في
البلدان الموبوءة اسباب موافقة لتكاثر هذه الحشرات ومن الامور المساعدة فيضان
الأنهر في بعض الفصول وركود المياه وتكوينها مرازغ وبطائح ومستنقعات

يداننا هذا ان مكافحة هذه العوامل جميعها مستصعب يتطلب اموالاً وافرة وجهوداً كبيرة وقد اخذت الحكومات في المناطق الموبوءة تدرس هذا الامر وتسعى الى تحقيقه . وان تحقيق الوسائط المذكورة لا يؤثر في داء اللايشيانيا فحسب بل في البرداء وحى الايام الثلاثة وغيرها من امراض البلاد الحارة المنتقلة بالحشرات

الوقاية الشخصية

لا بد من الاطلاع على اسباب حبة الشرق توصلاً الى الوقاية الشخصية واتخاذ الحيلة اللازمة لاجتناب المرض ومراقبة نظافة الجلد أمر كبير الاهمية ولا سيما في المناطق التي يكون فصل الحر فيها طويلاً (من حزيران الى تشرين الاول) فيجب ان يكون الجلد نظيفاً دائماً

والعناية بالأولاد المصابين بالحبة واجب فيجب ان تطلى جراحهم ومسحاتهم ولو كانت صغيرة بصبغة الايود تحاشياً لتلوثها . وليمنع الاولاد المصابون عن مخالطة الاولاد الاصحاء ولتقليم اظفار الاطفال المصابين لئلا يلقعوا انفسهم بالحك وليمنعوا عن الحك لان به تنتقل قوعة المرض الى مناطق اخرى من الجسد . ولتراجع قواعد النظافة والطهارة فلا يجوز استعمال شيء سبق استعماله ما لم يطهر والعناية بالقروح لازمة ومسترها واجب منعاً لانتقال التلوث بطرق اخرى ولتنبيه للاشخاص الذين يعتنون بالمرضى ومجاورونه ان لم يكونوا قد اصابوا سابقاً بالحبة وليجتنب الذباب فيمنع عن الاستقرار على الآفة وفي مواضع الجسد الاخرى وليكافح في البيوت ويقتل بالوسائط المتنوعة لان الذباب يستطيع

ان يحدث اضراً جسيمة

اما الحُموش فيجب اجتناب وخزه . ويجب نظراً الى صغر هذه الحشرات ان يوقى الاشخاص بكلل دقيقة النسيج لانها اذا كانت عيونها كبيرة اجتازها هذا البعوض وانه يصعب على قاطني البلاد الموبوءة على الرغم من اتخاذ هذه الاحتياطات جميعها التخلص من وخز البعوض اياً كانت الوسائط التي اتخذوها غير ان انقاص التلقيح مستطاع بطلي مكان الوخزة بصيغة الايود او الكحول ويعتقد صاحب الاطروحة الدكتور بصمبيان ان التلقيح المحدث في الاولاد هو خير واسطة للوقاية لان التلقيح يجري حينئذ في مناطق مستورة من الجسم تنمو فيه ويتخلص الشخص بذلك من ظهورها في منطقة مكشوفة كالوجه معرضة للتشوه بنذبتها او حيث تكون المراقيل كثيرة . وهذا ما كان يلجأ اليه اليهود قديماً في بغداد غير ان اليهود في ذلك الحين لم يكونوا يعلمون وسائط النظافة والطهارة وكثيراً ما كان يعقب التلقيح عراقي عفتة اما اذا قام بتلقيح الاطفال الذين يقطنون البلاد الموبوءة اطباء قانونيون في السنة الاولى من العمر فالفوائد التي تجتني منه تكون حينئذ حسنة

وخير رجا للتلقيح هو وجه الفخذ الوحشي يبرز الجلد وتوضع الفوعة عليه ويستطيع الطبيب ان يراقب نمو هذه الحبة كما يراقب نمو لقاح الجدري فظهر الحبة حينئذ في منطقة لا خطر فيها حسب ما يريد الطبيب ويجتنب الاثتان التالي ويكتسب الشخص المناعة . وتؤخذ الفوعة من ولد سليم الجسم مصاب بالحبة او من فوعة مستنبطة في مستنبتات خاصة او من الفيران . والغرباء المقيمون في العراق مدة طويلة يجب تلقيحهم بالطريقة المذكورة واما عابرو

السبيل فنجب مناواتهم . ويقول بارو (Parrot) ان هذا التلقيح ليس مستصعباً وهو يعتقد انه لا بد للشخص من ان يصاب باتان حقيقي ليكتسب المناعة على داء اللايشانيا الجلدي فلا بد اذن من تحقيق التلقيح المحدث أياً كانت الصعوبة التي يقتضيها

النتائج

تشابه جبة الشرق جبة البلدان الموبوءة الاخرى في سيرها وصفاتها .
والمرض بلدي يصيب الاولاد ما بين السنة الاولى والثالثة تستقر الحبات في الاقسام المعراة من الجسد وتتمو في اوقات معينة من السنة وذلك من شهر تشرين الاول الى كانون الاول والحبات على نوعين فمنها المذكرة ولا تكون متقرحة ولا ترى الا في جنوب العراق ومنها المؤنثة وهي منقرحة وتشاهد في بلاد العراق كلها .

ويستمر سير الحبة سنة ودور التفريخ شهرين وتكسب الاصابة الاولى مناعة اكيدة . وهذا المرض سليم ويشبه طفيلي العراق بجميع صفاته طفيلي هذا الماء في البلدان الموبوءة الاخرى

ومذخر الفوعة هو الانسان والكلب . ويتقل المرض بالحشرات ولا سيما بالحموش والذباب

المداواة متنوعة وافضلها ما اثر في القرحة تأثيراً مقصوداً . اما الوقاية العامة فصعبة المنال ولكن الوقاية الشخصية سهلة وذلك بالتلقيح المحدث وهذا ممكن



الطعوم

للدكتور لومر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

التطعيم في الزراعة هو غرس جزء حي من نبات نام في نبات آخر ليغذي به فيزهر ويثمر الازهار والاثمار الخاصة بذلك الجزء . ويشترط في التطعيم ان يكون الجزء المطعم به والمطعم من فصيلة واحدة او من فصيلتين متقاربتين اشد التقارب . ويسمى البرعم او الغصن النضير المعد للتطعيم الطعم . فلا عجب اذا انتقلت فكرة التطعيم من عالم النبات الى عالم الحيوان واذا فكر بعض المختبرين في تطبيق هذه الطريقة على الحيوان بعد ان تحققوا عظم فائدها في النبات .

والتطعيم مسألة قديمة جداً مرث عليها قرون عديدة فقد كان بعض دجالي الهنود يجرونها تجميلاً لانوف الذين كانت الحكومة تعاقبهم بمجدع انوفهم . واذا نظرنا الى العصر الاختباري السابق لعصر مضادات الفساد لا نجد من الطعوم التي تستحق الذكر الا الطعوم السمحاقية والعظمية السمحاقية (اوليه ١٨٥٨) وطعوم بولس بارت الحيوانية (١٨٦٣) غير ان مسألة التطعيم عادت الى الممارسة بعد ان جاء عصر الطهارة وتطبيقها على الانسان اصبح امراً عادياً ولا نغالي اذا قلنا ان طعوم جميع النسج او الاعضاء قد جربت في الانسان .

تقسم الطعوم الى طعوم ذاتية ونعني بها الطعوم التي تؤخذ من الشخص نفسه والطعوم الجنسية التي تؤخذ بها الطعوم من شخص هو من جنس الم مطعم والطعوم غير الجنسية (hétéro-plastiques) ونعني بها الطعوم التي تؤخذ من حي مختلف جنسه عن جنس الم مطعم

وقد اتسعت دائرة التطعيم في الانسان منذ الحرب الكبرى واصبحت الطعوم في الممارسة الجراحية من الامور التي يلجأ اليها كثيراً للاعاضة عما فقد من النسيج والاعضاء .

وبعض هذه الطعوم حقيقي يمجا على النسيج المجاورة له ويمتزج بها وبعضها كاذب يلتصق بالنسيج المجاورة فقط ويستخدم في ترميم العضو . والطعوم غير الجنسية تكاد تكون جميعها طعوماً ميتة .

وهذا الامر لا يزال غامضاً لان حيوية الطعوم لم تعرف حتي الآن حق المعرفة فان بعض الطعوم يعيش وبعضها يموت دون ان تعرف اسباب الموت او الحياة .

ويغذى الطعم في ايامه الاولى بتضربه بالمصل الدموي وارتشاح العناصر المهاجرة من الدم ولا سيما الكثيرات التوى وعناصر النسيج الضام المجاور التي تؤثر في الطعم فتجزئه تجزئة تشريحية وخلقية موقته . ثم تبدو العروق الشعرية المغذية الجديدة فتمتص التحة بين الطعم والنسيج المطعمة ويتصل الطعم بتلك النسيج بالعروق الجديدة والخلايا الضامة التي تخترقه .

وتنجح الطعوم كلما كان الم مطعم حديثاً . ومتى ارادوا تعليل الحية في التطعيم قالوا ان خثرة قد تكونت في عروق الطعم او ان الاعصاب قد وقف او ان

توزع الاوعية كان ناقصاً او ان المواد العضوية المواجهة قد اثرت تأثيرها السام او ان الكريات البيض قد جدت في طرح الطعم هذا الجسم الغريب والنخ . . . ونجاح الطعوم الجنسية وغير الجنسية اقل من نجاح الطعوم الباتية بسبب اختلاف الاخلاط والمواد الهولينية في الاشخاص والنخ . . . فيجب اذن الالتجاء في التطعيم الى الاقرباء ونقل الدم قبل التطعيم بقصد تبديل الاخلاط . والشرط الاساسي في نجاح التطعيم - وهو في مقدمة الشروط الاخرى جميعها - الطهارة المطلقة والا ينطرح الطعم متى تعفن . واكثر الطعوم استعمالاً الطعوم الجلدية التي هي اقدم الطعوم : متى كان ضياع جلدي كبير يراد ستره ولم تكن الحياطة الثانوية ممكنة يلجأ الى طعوم رفردن البشرية او طعوم تيرش الادمية البشرية بعد توفر الشروط في المكان المعري نعني بها منظر البراعم وطهارة الجرح . ينزع طعم رفردن بعد تطهير الناحية جيداً برفع الجلد بمناقش التطعيم بشكل مخروط وقطع ذلك المخروط بالمبضع او بمقراض معكوف دقيق ووضع تلك الشريحة على سطح الجرح المحب . ويكرر العمل مرات فيوضع من الطعوم عدد ولا سيما على حافات الجرح مساحة كل طعم منها نصف مستثمر الى مستثمر مربع واما الطعوم التي توضع في منتصف الجرح فقلاً تلتصق . ويعاد التطعيم بعد التصاق الطعوم الاولى على الحافات كما في السابق حتى يتم الاندمال .

واما طعوم اوليه تيرش فتزرع بالموسى من جلد الفخذ وكلما كانت رقيقة كان نجاحها مرجحاً . والتدبة التي تنجم منها اكثر مرونة ومتانة من تدبة الطعوم البشرية الصرفة التي تنجم عادة نجاحاً باهراً غير ان ندبتها سريعة العطب وينزع اغلاف مربعات صغيرة من الجلد يدفنها في براعم الجرح المراد تطعيمه

وقد استعملوا الطعم الجلدي التام الحر وهو حسن اذا نجح وتجاوز تجربته في النواحي التي تستدعي جلدًا متيناً غير ان نجاح هذا الطعم نادر وموانه كثير الحدوث .

ومتى كان الجرح شديد الاتساع وكانت الناحية معدة لاحتمال رضوض متكررة يستعمل الطعم الجلدي التام المذنب وكثيراً ما يكون الذنب طويلاً جداً لف الذنب كالانبوب او لم يلف ولا بد من الالتباه لجعل الحياطة غير مشدودة لان شدها يشوش تغذية الشريحة . ومتى اريد لف الذنب خيطة حافته فاتقى التعفن بهذه الواسطة وسهلت تغذيته .

ونذكر عدا الطعوم الجلدية الطعوم تحت الجلد ومنها الطعوم الشحمية وهي ان يؤخذ الطعم من النسيج الشحمي وذلك من ناحية الآلية او تحت الثدي او الاضلاع او البطن . والغاية منها ان تساعد الاوتار على التزلق فتوضع حينئذ حولها وان تمنع الاعصاب عن الالتصاق وقد استعملت ايضا في املاء الاجواف العظمية وهذا الطعم يتنص غالباً بعد مدة من الزمن ويعيض عنه نسيج ضام او عظمي .

وقد استعمل هذا الطعم الشحمي كوسادة في الوقب بعد بخض العين وكالـى للحفر في الوجه متى اريد تجميله . ونتيجة هذا الطعم المباشرة حسنة جداً غير انها لا تطول كثيراً لان هذا الطعم الذي يجب ان يكون اكبر من الحاجة لا يلبث ان ينكش ويضمحل .

ومتى اردنا ان نصنع بارزة او حافة الحديبات الجبهية الوقبية او وجنة كان لا بد من الطعم الغضروفي . تنزع القطعة اللازمة من الغضروف الضلعي السابع

او الثامن لان هذين الغضروفين اكبر الغضاريف واقربها تناولاً وتبرى وقفا للمكان الذي يراد وضعها فيه فتكون بمثابة اساس للجلد . والغضروف تحمله النسيج جيداً ولا يتبدل شكله ولا حجمه . وتستخدم ايضا قطع الغضروف في املاء جوف عظمي كما بعد استخراج ورم ذي صفائح نقية (myelo plaxes) ولا يعلق الغضروف ولكنه يلتصق التصاقاً كافياً اذا عري العظم من سمحاقه وقد جرب بعضهم الاعاضة عن ضياع المادة العظمية بالطعم العظمي غير ان هذا الطعم لا يزال في دائرة النظريات . وقد تمكن دله من ان يسد جيوباً ناجمة من خراجات باردة ضلعية بطعم مذب وتستعمل اجزاء العضلات في رقو السطوح الصغيرة للاعضاء البارنشمية النازفة نزفاً عاماً متى اجريت العمليات على الكبد او الدماغ

وطعوم الصفاق هي اكثر الطعوم نجاحاً واحسن الصفق الصفاق انقصي الحشائي وصفاق المستقيمة الكبيرة والصفاق المغلف للساعد . وقد استعمل بالخاصة صفاق اللقافة العريضة في سد ثقبه فتية او دعم الجدار بعد خروج البطن او ترميم رباط مفصلي (رباط الركبة المصالب) او وتر باسط او الاعتراض بين سطحي مفصل اجتناباً بالقسطه .

واما الطعوم الورنية الثانية فلم تكن منها النتائج المرضية في ترميم ضياع مادي بسبب الالتصاقات التي لا يستطيع اجتنابها بالنسج المجاورة . فاذاً حرك باكرآ استرخت الغرز واذا حرك متأخراً . نفث الالتصاقات الحركة . وقد جاءت اعمال ناجوت التي طبقها على الانسان مانسرقاضية باستعمال الطعوم الورنية

غير الجنسية تؤخذ طعوم من الحيوانات وتحفظ في الكحول الى حين الحاجة وتستعمل فلا تحيط بها الالتصاقات التي احاطت بالطعوم الذاتية لانها ميتة .
فهي تمثل صقلا تزحف عليه الخلايا الجديدة من الجانبين محتلة مكان الخلايا القديمة ثم لا تلبث ان تظهر بعد مدة شبكة وعائية حديثة محيطية فيترمم الوتر .
وهذا ما يحدث للفاقة العريضة التي تموت فتأتي العناصر الحية من الجدار وتعويض عنها .

وهذا ما يحدث ايضاً للطعوم العصبية لان الاعصاب اعضاء لطيفة النسيج سريعة العطب يصعب التطعيم بها . واذا استثنينا المشاهدات الثلاث او الاربع التي لا اعتراض عليها لم نجد في التاريخ الطبي ترما وظيفيا اكيراً بعد التطعيم الذاتي او الجنسي او غير الجنسي بالطعم الحي . وقد بين ناجوت ومنسر ان التطعيم بطعم غير جنسي ميت مأخوذ من عصب العجل الوركي ومحفوظ في الكحول يفوق بنتائجه جميع الطعوم الاخرى .

فليست الحالة اذن طعماً بل وصل نسيج ميت بنسيج حي . فالطعم العصبي يقوم هنا بما قام الطعم الوتري به اي بتسديد الخلايا المرممة في سيرها وترميمها للجزء الضائع ترميماً موقفاً لشكله .

وقد جربت الطعوم الوعائية للاعاضة عن احليل قد قطع جزء منه او عن وعاء بعد استئصال ام الدم ولم تؤخذ الطعوم الوعائية حتي الان الا من الاوردة ولا سيما من الوداجي الظاهر والصابق والوريد المرافق للشريان الموءوف غير ان التطعيم الوعائي ليس بالطريقة الكثيرة الاستعمال . والطعوم الجنسية تنجح

في هذه الحالة اما الطعوم غير الجنسية فتفضي في اكثر الاحيان الى ضيق المجرى
المطعم او خثرته او امتصاصه .

وقد استعمالوا ايضا الطعوم المصلية دعماً لحياطة الانبوب الهضمي : المعدة
والامعاء وهي تستعمل حرة او مذبذبة اما المذبذبة فحذورها انها تترك في جوف
الخلب لجأماً قد يكون سبب انسداد معوي مقبل

اما الطعوم العظمية فهي الطعوم التي قتلت درساً وهي مستعملة في معالجة
المفاصل الكاذبة والاعاضة عن ضياع مادة في جسم العظم وتثبيت المفاصل
الرخوة او مفصل ملتهب التهاباً سليماً (التهاب المفصل الحرقفي الفخذي السلي)
او العمود الفقاري في داء بوط او الجنف (scoliose) والمستعمل من هذه
الطعوم هو الطعم الثاني ويؤخذ الطعم من الوجه الانسي للظنوب بمقراض
العظم او بألة اليي او احد مشتقاتها كالنشار الكهربي واحياناً من الشظية .

والطعوم اما ان تكون عظمية ممحاقية او جزئية فاذا كانت عظمية ممحاقية
شابهت صفيحة منتزعة من العظم بالنشار مع بقائها ملتصقة بالوجه العميق
للممحاق وتمكن الجراح من تكيفها وفقاً للحاجة والمكان المطعم وهذه هي
طعوم اوليه ده لاجنيار .

واذا كانت جزئية تناولت قطعة من العظم وربما العظم كله (الشظية)
وكانت صلبة (طريقة اليي) ويخيل ها ايضاً ان الطعم يموت اولاً وانه يقوم
بوظيفة جسم غريب يحتله الجسد لان فقر الدم الناجم من فصله قبل وضعه
في مكانه كافٍ لامانة العناصر الخلوية فيه .

وبعد ان يوضع هذا الطعام الميث مكانه تحيط به الاوعية الشعرية وتترتب حولها الخلايا المولدة للعظم لايجاد عظم جديد . فيجب اذن ان يكون هذا العظم المنقول متصلاً تمام الاتصال بالعظام المطعمة به وان تستطيع الخلايا اختراقه ولهذا كانت الصنائع العظمية السمحاقية والطعوم القسمية حسب نموذج اليي مفضلة على قطع اجسام العظم الكثيفة . ومتى استعملت الشظية او عظم آخر كثيف في التطعيم وجبت تعريضه من سمحاقه لكي تفتتح قنوات هافرس .

ولا يحيا العظم القديم بل ، بقى خلاياه العظمية فارغة ويلتهمه النسيج الضام الوعائي المجاور وبعض عنه عظم جديد : وتحمل الجسد للطعم موقت لان البنية لا تلبث ان تمتصه . فليس الطعم والحالة هذه طعماً حقيقياً لان القطعة التي تنقل وتموت ليست طعماً بل ان دوره انفعالي صرف فهو ينبه ويحذب ويرشد العناصر المولدة للعظم التي تستخدم المواد الناجمة من تحرب الطعم . هذا ما اوضحته اعمال لاريش وبوليكار التي اجمع الرأي الطبي على التسليم بها . وقد طعموا بمراحل كاملة منذ مدة قصيرة وباصبع القدم للاعاضة عن ايهام اليد وبمشط الرجل عن مشط اليد غير ان كل هذا لا يزال قيد الجراحة الاختبارية .

والطعوم الحديثة في هذا العصر الذي تدرس به الغدد الداخلية الافراغ وتأثيراتها هي طعوم الغدد ونعني بها الجسم الدرقي والخصية والمبيض . والطعم الحصىوي بالخاصة الذي وضعه فورونوف فكان له حمة عديدون يكاد يكون اليوم من الطعوم المسلم به تئذتها على الرغم مما لاقاه في بدء ظهوره من

المضادات . ولا يستطيع في هذه الحالة استعمال الطعوم الثانية ولا الطعوم الجنسية لان الشرائع المدنية لا تجيز ذلك فيجب اذن الالتجاء الى القرء الذي يقرب تركيب جسده ودمه من الانسان . فهذا الطعم يكاد يكون نظراً الى قرب الجنسين نوعاً من الطعم الجنسي . والمشاهدات عديدة دالة على ان الطعم الحصىي بفضل اتقان الطريقة الجراحية قد قام بوظيفته حق القيام فوهب المطعم نصارة الجسد وصفاء العقل . غير ان هذا الطعم لا يلبث كبقية الطعوم ان يموت وينقلب نسبياً ليغياً الامر الذي يدعو الجراح الى تبديله كل ستين او ثلاث سنوات . وقد درس الطعم المبيضي ايضاً درساً دقيقاً فاهتم الجراحون اولاً بالاعاضة عن المبيضين المستأصلين في سياق عملية جراحية او تقوية مبيضين لا يزالان موجودين متى كانا لا يقومان بوظيفتهما حق القيام .

فالاختبارات الاولى عن دفن المبيض في جدار البطن قبل خياطة الجرح لم تفد لان الطعم كانت تمتصه البنية سريعاً . وعليه كان لا بد من الاقتراب ما امكن من وضع الطعم في المكان الذي وضعت به الطيعة مثله . فقد جربوا حديثاً ان يضعوا المبيض او قطعة منه على مسير الرباط المدور أو في جذمور النغير او في جدار الرحم او في المبيض الضامر نفسه .

هذه هي انواع الطعوم المستعملة اليوم في الجراحة . فاذا عدنا الى التحديد الذي حددنا به الطعم في صدر هذا المقال حق لنا القول بان معظم هذه الطعوم لا يستحق ان يسمى طعوماً .

فالطعوم الجلدية الثانية والطعوم الحصىية هي طعوم حقيقية لان الطعوم

تحيا فيها وتعيش في بيئتها الجديدة

اما الطعوم العظمية كما نجرها اليوم فليست في الحقيقة طعوماً لانها تموت ولا تعيش بل اقساماً منقولة وكذلك القول في الطعوم العصبية او الوترية التي ندفنها في النسيج الحية فتكون كدرشدة للخلايا الحية ولا تستحق ان تسمى طعوماً حقيقية لان الطعم لا يسمى طعماً الا اذا حبي حياة مستقلة .
وربما قال البعض لا بأس في ذلك ما زالت النتيجة التي نطلبها قد حصلنا عليها . أجل غير انه لا بد من تسمية الامور باسمائها الحقيقية .



تشخيص النقيح اللثوي في ادواره الاولى

للدكتور ابراهيم قنديل

اتينا في مقال سابق على ذكر الوسائل والاحتياطات الواقية من النقيح اللثوي وسنبعث في هذا المقال عن اعراض المرض المذكور وكيفية تشخيصه في ادواره الاولى فنقول :

اعتاد اكثرنا عدّ اعراض المرض كنتيجة لتأثير احد الاسباب ذاكراً احد الجراثيم او غير ذلك من العوامل المهيجة التي تنشأ منها دائماً اعراض خاصة بها . ويصح هذا الامر اذا كان المرض من الامراض الحادة لان المهيج الواحد يحدث تأثيراً واحداً في اكثر الافراد . اما اذا كان المهيج مزمناً كالمهيجات الواقعة حول الاسنان فان الاعراض الناشئة من ذلك تختلف باختلاف الاشخاص ففي هذه الحالة يجب ذكر امور اخرى غير السبب والعامل المهيج فننظر الى الاعراض المرضية كنتيجة لتفاعل النسيج تفاعلاً يختلف باختلاف كيميائها وتوزيعها وغناها اكثر مما يختلف باختلاف الاسباب والمهيجات الخارجية اذ انه يقطع النظر عن هذه الفروق في النسيج نفسها لا نرى للنقيح اللثوي الذي يختلف اعراضه باختلاف بنية المریض سوى سبيين عموميين هما الجراثيم حول الاسنان والصدمات التي تلتقها الاسنان اثناء المضغ . فالجراثيم موجودة على جميع الاسنان وهي في جميع الافواه من انواع متماثلة او متشابهة اما عددها ونسبة النوع الواحد الى النوع الاخر فتختلف باختلاف حالة النسيج المحيطة بها فتارة تكون البيئة

مناسبة لنمو نوع معين من الجراثيم وتكثره وطوراً لنمو انواع اخرى وتكاثرها
 اما الجراثيم التي تسبب التقيح في اللثة فتلاثة (١) المكورات العقدية العنقية
 (٢) والمكورات العنقودية البيض والصفر (٣) والعصيات المغزلية والبريميات المرافقة
 لها . على ان العامل الاساسي في احداث المرض هو المكورات العقدية التي
 تسبب التهاب الأولي فتسبب الطريق للمكورات العنقودية التي
 تسبب تقيح النسيج . اما العصيات المغزلية فتعيش على النسيج الميتة وتسبب في
 الوقت نفسه موت النسيج المجاورة او المحيطة . فاذا كانت هذه العصيات هي
 المسيطرة على بقية الجراثيم بعددها احدثت قروحاً ينتج منها تلف قسم كبير من
 النسيج . على ان جميع الجراثيم المذكورة اعلاه موجودة دائماً في جميع الافواه
 ويتوقف نشاطها وبالتالي ضررها على حالة المريض ونفاذه .

انواع التقيح اللثوي : قسم وسكي (Welski) التقيح اللثوي نوعين : الاقني
 والعمودي . فالاقني هو ما تراجعت فيه اللثة تراجعا تدريجياً بطيئاً فتكون الجيوب
 قليلة العمق ولا تختلخل الاسنان الا في ادوار المرض الاخيرة . اما التقيح
 العمودي فهو ما تكونت فيه جيوب عميقة على بعض الاسنان دون الاخرى .
 وقد علل بوكس (Box) كيفية حدوث كل من النوعين فقال ان التقيح الاقني
 حاصلين مرضيين :

اولها التهاب الذي يحدث في قعر الشق اللثوي مسبباً من الجراثيم وثانيهما
 تغير حوءولي في الرباط السنّي تستبدل فيه اليف الرباط العادية بنسيج ليفي
 ضام وهو يعزو هذا التحول الى الصدمات التي تتلقاها الاسنان اثناء المضغ لاسنميا
 اذا كان هنالك سوء اطباق . اما التقيح العمودي فسببه التغير الحوءولي في

الرباط المذكور ودخول الجراثيم بعد ذلك الى الشق الثوي الامر الذي ينشأ منه تلف النسيج المحيطة بالاسنان تلقا مر بما مع تكون جيوب عميقة وتخلخل الاسنان الباكر . ولم يتعرض الدكتور بوكس في تعليقه المذكور للعامل الثالث في احداث التقيح الثوي وهو ضعف المقاومة في النسيج المحيطة بالاسنان غير ان سواء من الباحثين قد ابان ما لهذا العامل الثالث من الأهمية سواء في احداث التقيح الثوي او في شفاؤه فقد تمكن الدكتور هاو (Howe) من احداث التقيح الثوي في القروود باعطائها طعاما ثقل فيه المواد الكلسية والحيويات (فيتامين) وتمكن بعد ذلك من شفاؤها باضافة المواد المذكورة الى طعامها . كذلك قد ابان الدكتور كريفس (Grieves) بالاشتراك مع سيموندس وماك كلوم (Simmonds) et Mc. Callum ان التقيح الثوي يصيب الجرذان اذا قلت في طعامها المواد الكلسية والحيويات (أ) . و اضاف الدكتور جونز (Jones) فجأة الصوديوم الى طعام بعض الحيوانات حتى اصبح قلوي الفاعلية فاحدث تغيرات ظاهرة في الحافة السنخية اذ امتصت قمة هذه الحافة وتوسعت فسحات النقي فيها . على انه لما اعيد طعام الحيوانات المذكورة الى ما كان عليه سابقا رجع العظم ايضا الى حالته الاصلية . فثبت من تجارب كهذه على الحيوانات اهمية الدور الذي تلعبه تشوشات الغذاء في احتفاظ نسيج النعم بنشاطها وتركيبها الطبيعي . وما يصح في الحيوان يصح ايضا في الانسان غير انه لما كان في الانسان عوامل اخرى غير الغذاء من نفسية وغيرها توتر ايضا في تركيب النسيج وصحتها وقوة مقاومتها كان من المتعذر الجزم في حال من الاحوال بان العرض القلاني سببه الخطأ في انتقاء الطعام المناسب .

نتقل الان الى البحث عن الاعراض الاولى للتقيح الثوي واول ما تظهر هذه في اللثة الحفافية بسبب دخول الجراثيم لقر الشق الثوي واحداثها للالتهاب وما يرافق الالتهاب عادة من تشوشات وعائية تستطاع رؤيتها بالعين المجردة . واهم هذه الاعراض اربعة (١) انشباع اللون . (٢) ضخامة حفاف اللثة واستدارته . (٣) البريق الناشئ من ضخامة افواه الغدد المخاطية او مخارجها (٤) رسوب القلح المصلي على اعناق الاسنان تحت الحفاف الثوي اما لون اللثة فليس من الاعراض التي يصح الاعتماد عليها اذا لم ينظر معها الى حالة المريض العمومية لان لون اللثة الصحيحة يختلف في الشخص الواحد عنه في الشخص الاخر . فقد تكون لثة المصاب بفقر الدم محتقنة جداً الاحتقان ويكون لونها مع ذلك وردياً كالون اللثة الصحيحة في الرجل الصحيح الجسم . اما اذا كان على الحفاف الثوي خط احمر رقيق فذلك نتيجة اختبار حامضي على الثلث الثوي من السن ويرافق عادة تسوس العنق . وهذا ابسط انواع التهاب اللثة . ولا تكون الجيوب في هذا النوع من الالتهاب عميقة بل تراجع اللثة تراجعاً تدريجياً كلما اتسعت منطقة التسوس . اما اذا كان لون اللثة ضارباً للزرقة فذلك دليل على وجود حلقة من القلح المصلي القائم اللون تحتها . فاذا لم يكن هنالك اثر للقلح كان هذا الخط الازرق نتيجة تغير لون اللثة نفسها وينشأ هذا عادة من التسمم الرصاصي او الزئبقي او البزموتي . وقد يكون ناشئاً من استعمال الفحم لتنظيف الاسنان فتدخل ذرات الفحم في انشق الثوي وتندمج في المضرع (ايشيليوم) . واللثة في الحالة المثلى ذات لون وردي كالمرجان لكنها اذا لم تنشط التنشيط الكافي كانت طبقة المضرع رقيقة ولون اللثة احمر واشد انشباعاً

من المرجح ولو لم يكن هنالك حالة النهاية . فاذا دلت اللثة ثخنت طبقة
المضرع وعاد لون اللثة مرجانياً . اما اذا كان لون اللثة الحفافية أكثر انشباعاً
من لون اللثة السنخية فذلك دليل على تشوش الدورة الدموية .

اما من حيث الشكل فيجب ان تكون حافة اللثة حادة كالسكين فاذا
كانت مستديرة كان ذلك دليلاً على وجود التهاب . واول اعراض التفح
اللثوي هو استدارة اللثة بين الاسنان . كذلك يجب ان تكون اللثة ملاصقة
للسن ملاصقة شديدة حتي لا يستطيع ادخال المسبر بينهما الا بجد . فاذا
كانت اللثة لينة وحفافها رخواً كان ذلك دليلاً على المرض . وما من عرض
يختلف باختلاف تفاعل المريض الحيوي كشكل الحفاف اللثوي فالهيج الذي
يسبب تراجع اللثة في المريض الواحد قد تنشأ منه ضخامة اللثة في المريض الاخر
ويكثر هذا المرض في اقوياء البنية وينشأ من عوامل مبهجة كالقلع تحت اللثة
وحفاف الحفر والميناء الحشن وحافات الحشوات الخشنة . على انه قد تكون
ضخامة الحفاف اللثوي دليلاً على داء الحفر المتقدم او على التسمم الزئبقي .

الشق اللثوي : اذا كانت اللثة صحيحة كان حفافها مرتفعاً او منخفضاً

تبعاً لحظ ارتباطها بالعظم السنخي فاذا كان الشق اللثوي اعظم من المعتاد كان
ذلك دليلاً على تغير مرضي مخرب . على ان قعر الشق اللثوي يتغير بتقدم العمر
فاول ما ثبت السن يكون القعر على موازاة الميناء وكلما تقدم الانسان في
العمر تأخذ اللثة بالتراجع الى ان تبلغ الملاط فاذا تجاوزت هذا الحد في التراجع
وجب اعتبار ذلك حالة مرضية .

ويسرع تراجع اللثة حيث تكون طبقة العظم التي تفصلها عن جذور

الاسنان رقيقة ففي حالات كثيرة لا يكون العظم كافياً لتغطية سطوح الجذور جميعها بل قد تكون هنالك جذور ناثرة غير مغطى سطحها الشفهي بالعظم حتى منتصف المسافة بين العنق والقمة فالنسيج الرخوة التي تغطي جذراً كهذا تكون مريعة التأثير بالمهيجات الخارجية كالسيل والجراثيم فتراجع عن الجذر الى مدى بعيد دون ان يعد ذلك التراجع خطراً . اذ انه لم يفقد في هذه الحالة ارتباط عظمي وجل ما هنالك ان الجذر اصبح اكثر عرضة للتسوس والسل .

فقدان اللثة بين الاسنان : - ان فقدان اللثة بين الاسنان دليل اكيد على حالة مرضية فان اول اعراض مرض فسنن الحاد مظهر اللثة بين الاسنان وقد برزت روءوسها . اما في مرض فسنن المزمن فان فقدان اللثة يقع تدريجياً وينتهي بترك ثقب عميقة بين الاسنان .

فقدان المظهر المنقط : وبلي اللون والشكل في الدلالة على بدء التقيح اللثوي لمعان او يريق اللثة الحفافية اي فقدانها للمظهر المنقط الناتج من مخارج الغدد المخاطية حتي انه اذا لم يكن تغيير في لون اللثة وشكلها يعد هذا المظهر دليلاً اكيداً على تشوش الدورة الدموية باحد العوامل المهيجة . فاذا لم يكن سبب مباشر كالجراثيم او القلع تحت اللثة وجب التفتيش عن سبب ابعد كتهيج النسيج المحيطة بالسن من جراء الصدمات التي تلتقاها اثناء المضغ ولا يمكن اعتبار اللثة صحيحة ما لم يعد اليها ذلك المظهر المنقط .

الاذياز : ان الافراز الذي يحصل في الشق اللثوي بسبب الالتهاب يوءدي الى رسوب القلاح المصلي على عنق السن لذلك كان وجود هذه الرواسب تحت الحفاف اللثوي دليلاً اكيداً على التهاب هذه المنطقة وكما امتدت منظمة

الالتهاب ارتخت الالياف التي تربط اللثة بالملاط بحيث لا تعود اللثة ملاصقة لسطح السن بل يمكن ادخال المسبر بين الاثنين بدون اذى مقاومة .

اما الافراز الذي يخرج من اللثة حين ضغطها فدليل على تقدم الالتهاب في هذا النسيج على ان هنالك اشخاصاً يخرج الافراز من لثتهم بالضغط وتكون لثتهم مع ذلك صحيحة من جميع الوجوه الاخرى . اما سبب هذه الحالة فغير معروف . وكما ان الافراز (سواء كان قيحاً او سائلاً مائياً) قد يكون حيث لا حالة النهاية مرضية فان هناك ايضاً حالات يكون المرض فيها متقدماً تقدماً محسوساً ولا يكون هنالك اثر للافراز ويكثر القيح عادة في الاقوياء الذين يعيشون في الهواء الطلق اما ضعفاء البنية قلما تتقيح لثتهم .

يستنتج مما تقدم ان الاصح اعتبار القيح دليلاً على تفاعل المريض اكثر مما هو على درجة التعفن الحاصل في النسيج . فكثيرون من المرضى لا يرى في لثتهم اثر للقيح ويكون فيها مع ذلك جيوب عميقة واعراض اخرى تدل على وجود المرض . ففي هذا النوع من (التقيح اللثوي) الناتج من تعفن اللثة مع ضعف مقاومة المريض قلما يشعر هذا الاخير بالتشوش الحاصل في فمه وهو اذا استعمل العسيل او الفرشاة تزفت اللثة بسبب انضغاط الاوعية الشعرية الموجودة في الشق اللثوي ويكون هذا النزف اول الاعراض الدالة على التهاب اللثة على انه اذا دلت اللثة بضعة ايام انقطع النزف على الرغم من بقاء الجيوب العميقة واستمرار الحالة الانتهاية فلا يجوز اذن عند انقطاع نزف اللثة دليلاً على خلوها من المرض .

تاريخه (Terrier)

١٨٣٧ - ١٩٠٨

للككتور لومر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

يستفيد الولد غالباً من ارث ابيه دون ان يقدر التعب الذي تجشمه والده حتى قدره في جمع تلك الثروة . وكثيراً ما يتساءل طلبة الطب عن المنشأ الذي نشأت منه الطريقة الجراحية الحديثة التي يلمسون بايديهم اتقانها وفوائدها قد قلب باستور بكشوفه العجيبة الطب والجراحة رأساً على عقب واما تاريخه فهو المنفذ الاكبر الذي طبق في الجراحة مبادئ باستور . فقد كان في بدء عمله متبعاً خطة ليستر ولم يلبث ان تحقق بان مضادة الفساد لا تقف سداً كافياً ازاء التعفن لا بل بانها مضرّة بالنسج ولا سيما بالحلب .

فمذ كان جراح مستشفى سلبتيار سنة ١٨٧٨ وثق تمام الثقة ان الامتناع عن نقل الجراثيم الى الجرح خير من قتلها فيه واستأصل عدة مبيضات بالآلات ولوازم جراحية نظيفة استحضرها في بيته . فلم ترضه النتائج التي جناها فذهب سنة ١٨٨٢ الى مخبر باستور مشغلاً فيه فعمد به باستور الى روالذي علمه طريقة التعقيم والاحتياطات التي لا بد من مراعاتها اجتناباً للتلوث وطرز استعمال الصاد الموصد (autoclave) والتناير وطرق الاستنبات وغو المزارع .

وبعد ان وقف على جميع هذه المعلومات القيمة كان همه تقل هذه المعدات الى قاعة العمليات وغرف المرضى والجري بموجبها

ولم يعد يفكر منذ ذلك الحين بقتل الجراثيم في الجروح الجراحية بمضادات الفساد المضرة بل كان يمنع هذه الجراثيم عن تلويث تلك الجروح فأعد المعدات اللازمة وجهاز مستشفى يشه (Bichat) بقاعة عمليات موافقة فكان يعقم بخار الماء المضغوط الماء والالات الجراحية ولوازم التضميد وقصان الجراحين ومعاونهم ويعتني اعتناءً دقيقاً بتنظيف الايدي . فأوجد في السنوات التي صرفها في مستشفى يشه الطريقة الطاهرة وعلمها الجراحين الاخرين وعممها ودافع عنها دفاعاً مجيداً . واقبل الى مستشفى يشه في سياق السنوات ١٨٨٢-١٩٠٠ جميع الذين كانت تتوق نفوسهم الى تعلم طريقة الطهارة واصبح تاريخه منذ ذلك الحين مهذب المثات والالوف من الجراحين الذين كانوا يأتونه من انحاء العالم ليقفوا على طريقته الجراحية الحديثة فهو اذن بحق معلم الطهارة الجراحية

فهنا الجراح الماهر الذي قلما يجاريه في لباقة الجراحية انسان واطباؤه الداخليون المتقدون حية ومحبة للعمل ومعاونوه نظير كانوا وهرثمان وغوسه الذين لازموه منذ ١٩٠٢-١٩٠٧ أوجدوا اولاً في مستشفى يشه ثم في مستشفى الشفقة (Pitié) الطريقة الجراحية الملقبة بالطريقة الفرنسية التي تقوم باتباع قواعد الطهارة التامة في الجراحة وتقليل المعاونين ما امكن وانقاص الاشارات والحركات جهد المستطاع الا ما كان مفيداً منها والعمل بالآلات والاقلاع عن استخدام اليدين مباشرة والسرعة في العمليات الجراحية

فنحن مدينون بهذه الطريقة الطاهرة البسيطة الامينة السهلة المثال لتاريخه

الذي اوجدها ونقلها الى تلامذته وهم نقلوها بدورهم الى سواهم حتى عمت وانتشرت في اقطار البسيطة . فيحق لنا والحالة هذه ان ندعو تاريخه اب الجراحة الحديثة لم يكن يجروء احد قبل تاريخه على مسك مبضع واجراء العمليات الجراحية التي كانت تجري على الجراحين كبر المسوء وليات الامتي شاخ في الجراحة واكتسب من الشهرة والالقاء ما يخفف عنه تلك الويلات . وكان المضوعون يموتون غير ان شهرة الجراحين كانت تدرأ عنهم سبب الموت وتنسب الى المرض الخطر ولم يلبث تلامذة تاريخه بفضل الطهارة والطريقة الجراحية التي وضع اسسها ان اتقنوا الجراحة نظيره فكان ذلك الاصلاح والتجديد في الجراحة واصبح كل شخص معلم واقف على الطريقة الجراحية ذي ضمير حي قادراً على اجراء العمليات الكبيرة .

قلما يفكر الاطباء الجدد في ما هم مدينون به للقدماء الذين وضعوا لهم تلك الأسس . وكثيرون منهم يقرأون اسم تاريخه دون ان يعلموا الخدمة الكبرى التي اداها هذا النابغة للجراحة . اما الذين يقرأون هذه الاسطر القليلة فانهم يحيون بلا تردد ان تاريخه كان اكبر جراحي عصره وانه جراح بارز شرف معهد الطب الباريسي وفرنسة جميعها وانه المعلم الذي انشأ اسس الجراحة الكبرى



صناعة حمض الليمون

« ٦ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

العملية الخامسة . - تبلير حمض الليمون وشحنه : عندما يتم قصر محلول الحذر وتصفيته وترشيحه يدفع الى مبخرة صغيرة ويكثف حتى ٣٥ - ٣٦ بومه وهو جار ثم يصب في مبالرات مخروطية من الخزف الرملي (Grès) مطلية بطبقة من الورنيش لتكون كثيفة (imperméable) حيث يتبلور حمض الليمون فيها .

وتختلف سعة هذه المبالرات من ٨ - ١٠ ألتار وترصف على رفوف خزانات كبيرة مغلقة . وتترك فيها لتبرد ، مدة ٤ - ٥ ايام بحسب الموسم . ثم تؤخذ الواحدة تلو الاخرى ويفرغ محتواها على منخل من النحاس الاحمر موضوع على صندوق آخر . فتسيل فيه المياه الاصلية وتبقى بلورات حمض الليمون على المنخل فتجمع وتوضع في الآلة الفاصلة لينضج ماؤها ثم تغسل فيها وتجفف . وتؤخذ المياه الاصلية الى الاناء المعد لتذويب الحذر ليستعمل في عملية ثانية فثالثة ... الخ .

ففي كل مبلرة ينتج ٤ كيلو غرامات من بلورات حمض الليمون .
اما بلورات حمض الليمون فيجب ان تكون صغيرة (قدر حمصة كبيرة)

وبمجموع متساوية ما امكن ونقية تماماً وخالصة من الشوائب سيما من المعادن .
وبما ان بلورات حمض الليمون المتكونة في المبلرات تكون متلاصقة بفصل
اولاً بعضها عن بعض ، بقضيب من خشب ثم تغريل . ولكمية البلورات المتغريلة
شأن وقد تكون بمقدار ٢٥ - ٣٠ ٪ من مجموع كتلة البلورات مما يستدعي
صهرها من جديد وتبليرها مرة ثانية للحصول على بلورات بحجم الحصة الكبيرة
ولا يكون التبلير جيداً الا اذا لم تتجاوز كثافة السائل المهد للتبلير وهو
حار ٣٦ بومه . واذا جاوز التكثيف هذا الحد لم يحصل سوى قشرة سميكة
ليس لها شكل بلوري خاص . ولقد تأيد بالتجربة ان التبريد البطيء جداً ينتج
تتاجاً سيئاً . فيجب والحالة هذه ألا تزيد عن ٢ - ٥ ايام مدة تبريد المياه الاصلية
لتغذو بجمارة ١٦ - ١٨ درجة مئوية . ولأجل ذلك تنظم حرارة الغرفة التي
يجري فيها التبلير وتجعل ثابتة بتدفئتها في الشتاء وتهويتها في الصيف واذا لم يكن
للغرفة طوابق يستحسن ان توضع الواح خشبية تحت روافد السقيفة .
اما حمض الليمون الجيد فيملاً في صناديق بسعة ٢٥ - ١٠٠ كيلو غرام
تفرش داخلاً بورق ازرق يُكسب البلورات منظرًا جميلًا .

العملية السادسة . - معالجة المياه الاصلية وسوائل الآلة الفاصلة :

١ - المياه الاصلية والمياه المفصولة عن البلورات البيضاء : هذه المياه تكون
بثقل ٣٠ - ٣٥ بومه وتحوي ٦٠ - ٦٥٠ غراماً من حمض الليمون بالليتر .
فتجسم في صهر يج مركز ويضاف اليها غسالات المبلرات وتعالج وتصفى في
الأواني الخاصة لتذويب الحثر الاولى وبعد تكثيفها يتبلور منها مقدار آخر من
حمض الليمون . فالمياه الاصلية والغسالات الناتجة من هذه العملية تؤخذ

الى الأواني الخاصة بمعالجة الحثر الثانية وبعد معالجته اوتكثيفها تحصل حثراولى .

٢ - المياه الاصلية والمياه المفصولة عن الحثر الاولى : هذه المياه تحتوي على ٥٠٠ غرام تقريبا من حمض الليمون وتكون مشوبة بحمض الكبريت وكبريتة الكلسيوم . فتؤخذ الى الأواني المعدة لتذويب المحاصيل الثانوية (secondaires) حيث تمزج بغسالات البلورات البيض ويزال لونها بالفحم الحيواني وتنقى وتكشف فتستحصل الحثر الثانية . فانما كانت هذه الحثر صافية تماما اضيفت الى الحثر الاولى وعرضت للتبلور . والا فعماد اذا بنتها مرة اخرى لتكوين حثراولى .
ففي اثناء التذويب تمتد هذه المياه بماء حار حتى تصبح بكثافة ٢٨ - ٣ بومه ويضاف اليها فحم حيواني وبروسية البوتاسيوم وتسخن وتحرك ثم ترشح والرشاحة تكشف في المحثرة .

٣ المياه الاصلية والمياه المنفصلة عن الحثر الثانية : هذه المياه بعد ان تضاف اليها غسالات الحثر الاولى تعالج كالمياه الاولى . والحثر الناتجة وتدعى الثالثة (troisième) تذاب بضع مرات وتمزج بالحثر الاولى .

٤ - المياه الاصلية والمياه المنفصلة عن الحثر الثالثة : هذه المياه بعد ان تضاف اليها غسالات الآلة الفاصلة تعالج كما في السابق اي تمتد ويزال لونها بالفحم الحيواني وترشح وتكشف فتنتج الحثر الثالثة .

والرشاحات الماخوذة عن الآلة الفاصلة تحفظ ، ولما يجتمع منها كمية وافرة تصب في المبخرة دون ان تعالج بشيء اخر وتبخر فتستحصل الحثر الرابعة (quatrième)

٥ - المياه الاصلية ورشاحات الحثر الرابعة : توضع الحثر الرابعة في الآلة

الفاصلة وتفصل دون ان تفصل . فالمياه الاصلية والرواشح المنصبة من الآلة (وتكون مشوبة بمحضر الفسفور والألومين والحديد) . تصب في الشبكات وتمزج بمصارة الليمون وتشبع بفحم الكلسيوم لاحتوائها الى ليمونة الكلسيوم .
العملية السابعة . - معالجة الحثر :

(١) - الحثر الاولى - الحثر الاولى تنتج من بخر سوائل تحليل الليمونة وفي بعض الاحايين من سوائل الحثر الثانية اذا لم تكن بدرجة من الصفاء يمكن معها اضافتها الى الحثر الاولى .

هذه الحثر تذاب من جديد ويزال لونها بالفحم الحيواني وتصفى ثم تعالج بغاز كبريت الهيدروجين ثم تبلور لاستحصال المحض التجاري

(٢) الحثر الثانية - تنتج من رواشح وغسالات المحض المبلور في الآلة الفاصلة والممزوجة بالمياه الاصلية والرواشح الناتجة من فصل الحثر الاولى وغالباً ما تكون نظيفة وصالحة للمزج بالحثر الاولى . اما اذا كانت ملونة كثيراً فتذاب وتكثف من جديد وتحوّل الى الحثر الاولى .

وكثيراً ما تصنع حثر ، من الحثر الثالثة والرابعة باذابتها وتكثيفها يمكن ان تضاف الى الحثر الثانية .

(٣) - الحثر الثالثة والرابعة - الحثر الثالثة تنتج من المياه الاصلية والرواشح والغسالات المأخوذة من الحثر الثانية والمياه الاصلية والغسالات المنفصلة عن الحثر الثالثة لعملية سابقة .

اما الحثر الرابعة فتنتج من الرواشح المنفصلة عن الحثر الثالثة .
تذاب هاتان الحثارتان من جديد ويزال لونهما ثم يرشح السائل ويكثف

فنتج حتر تقرب من الحتر الثانية . فان كانت بصفاء كافٍ اضيفت الى الحتر الاولى والا اذيت مرة اخرى واستؤفت عملية ازالة اللون والتكثيف .

ملاحظة . - اذا استعملت العصارة الكثيفة كمادة ابتدائية فان الضياع (perte) من حمض الليمون في اثناء العمليات يبلغ ١٠ - ١٢ ٪ من مجموع النتائج المشحون (emballé) . اما اذا استعملت ليمونة الكلسيوم فلا يتجاوز الضياع ٢ ٪ .

تصفية السوائل من الحديد والرصاص . - فلما الحديد فيأتي الى السوائل من حمض الكبريت المستعمل في تحليل ليمونة الكلسيوم . واما الرصاص فمن تكثيف محاليل الحتر البيضاء في أوان مرصصة قبل عرضها الى التبلير .

يترسب الحديد بفروسيانور البوتاسيوم ، والرصاص بفاز كبريت المديروجين .
ويحسب مقدار كل منهما وفقاً للمعادلات الآتية :



٦٤٨٦٨

١٢٦٦

٨٩٢٦٨

٩١٤

ففي أربع ذرات من فوق كلور الحديد يوجد:

$$٢٢٤ = ٥٦ \times ٤$$

غراماً من الحديد . على هذا ان ٢٢٤ غراماً من الحديد تحتاج الى ١٢٦٦ غراماً من فروسيانور البوتاسيوم فلاجل كيلو غرام من الحديد يلزم:

$$\begin{array}{r} ١٢٦٦ \\ ٥٦٦٥ = \frac{\quad}{\quad} \\ ٢٢٤ \end{array}$$

ولما كان ملح فروسيانور البوتاسيوم التجاري يحوي من الشوائب ٥ ٪
كان المقدار المطلوب منه :

$$٥٦٦٢ \text{ كيلو غراماً} = \frac{١٠٠ \times ٥٦٦١}{١٥}$$

وفي العمليات التي يستعمل فيها فروسيانور البوتاسيوم لترسيب الحديد
يجب ألا تتجاوز حرارة السائل درجة + ٧٠° وإلا تحلل فروسيانور البوتاسيوم
وتكون حمض السيانيدريك

وتعلم الكمية اللازمة من فروسيانور البوتاسيوم لاجل عملية واحدة ،
بمعايرة بسيطة تجري على شيء من السائل بمحلول فروسيانور البوتاسيوم ١/١٠
ولاجل ذلك يؤخذ ١٠٠ سم^٣ من السائل المراد ترسيب الحديد منه
ويضاف اليه ١٠٠ سم^٣ من الماء المقطر وبعد رجه يؤخذ من هذا المزيج
١٠٠ سم^٣ (تعادل ٥٠ سم^٣ من السائل الاول) ويسخن الى ٣٥ - ٤٠
درجة مئوية وبواسطة قطارة مدرجة يقطر عليه من محلول فروسيانور
البوتاسيوم . ويعلم ختام العملية بترشيح السائل ومعالجة قطارة من الرشاحة
بقطرة من محلول فروسيانور البوتاسيوم فإذا لم يظهر لون ازرق ختمت التجربة
والا فيقطر عليه من جديد من محلول فروسيانور البوتاسيوم ويتجرى ختام
التفاعل كما سبق . فتأبلغ ما صرف في هذه التجربة من محلول فروسيانور
البوتاسيوم ٢٦٥ سم^٣ . كان ما يقتضي استعماله من فروسيانور البوتاسيوم ٠٦٣٥
غراماً لاجل ٥٠ سم^٣ أو ٥ كيلو غرامات منه لاجل الف لتر .

واما مقدار الرصاص فيحسب كما يلي :



$$30260 \quad 34 \quad 23810$$

ويجهز كبريت الهدروجين بتأثير حمض الكلور يدريك التجاري ممدداً
قدر حجمه بالماء ، في كبريت الحديد :



$$73 \quad 88 \quad 34 \quad 127$$

ففي ٣٠٢٦٥ من كبريتات الرصاص يوجد ٢٠٦١٥ غراماً من الرصاص

$$\text{ولترسيب كيلو غرام واحد منه يحتاج الى } \frac{34}{20615} = 0.00165 \text{ .}$$

كيلو غراماً من كبريت الهدروجين نظرياً .

ولتعويض ما يهرب منه دون ان يؤثر في السائل يجعل مقداره ثلاثة
اضعاف المقدار النظري .

تصفية الفحم الحيواني من الشوائب . - الفحم الحيواني المستعمل لقصر
السوائل في صناعة حمض الليسون يستحصل من تفحيم العظام متنوعة عن الهواء
 وآلة ازالة اللون هي انه يستوقف المواد الملونة على سطحه دون ان يطرأ عليه
 ادنى تحلل . ويكون القصر اتم كلما كثرت مسام الفحم لذلك يرجع الصفيحي
 (lamelleux) منه على الحبيبي (globuleux) ويكون القصر اجود اذا كان
 السائل حاراً وبفاعل حامض .

الفحم الحام التجاري يحتوي على :

١٥	فحم
٧٠	فصفاة مثانة الكالسيوم
٨	فحماة الكالسيوم
٠٦٠٥	حديد
٦٦٥٠	ماء ومواد اخرى

١٠٠

واذ كانت الملاح الكلسية تجعله غير صالح للاستعمال في قصر السوائل الحامضة يعبر عنها بمعالجته ، بالحرارة ، بمحضر الكلوهيدريك الممدد . ولذلك يؤخذ اناء واسع بحجم ٤٠ هكتولتراً . ذوابوب ماخض البخار ، ويوضع فيه ٦٠٠ لتر من الماء و ١١٠٠ كيلو غرام من حمض الكلوريدريك التجاري (عياره ٢٠ - ٢١ بومه) ويسخن المزيج حتى الغليان . ثم يلقى فيه قليلاً قليلاً ٧٠ كيلو غرام من الفحم الحيواني الحام مسحوقاً مع الانتباه لخلطه بشدة طيلة الالتقاء ويترك ٢٤ ساعة مع تحريكه من حين لآخر ثم يضاف من الماء حتى يمتلئ الاناء ويخفض بشفة ويترك لنفسه اثنتي عشرة ساعة يرسب الفحم كله خلالها . تبا ن طبقة السائل بخاص (siphon) ويوضع قدرها ماء ويخض الاناء من جديد ويترك لنفسه وتبا ن طبقة السائل وهكذا دواليك حتى تصبح كثافة الغسالة ١ بومه (بعد ست مرات) . يوضع السائل عندئذ في المرشحة العاصرة ويستأنف الفصل حتى تصبح الرواشح بتفاعل معتدل .

فالقحم الحيواني المصفى المأخوذ عن المرشحة العاصرة بعد هذه العملية يحتوي على

٢٠	بالمائة	من الفحم
٧٥	»	من الماء
٥	»	من المواد غير النائية

ويمكن استعماله في القصر مباشرة .

اما الفضالات التي تبلغ كثافتها اكثر من " بومه فانها تعالج بلبن الكلس حتى الاشباع لتحويل حمض الفسفور الى فصدة الكلسيوم (ينتج منها ٥٠٠ كيلو غرام من الفصفاة التي تحتوي على ٣٥ بالمئة من حمض الفسفور وتباع سماداً لدور الزراعة)

ان عملية التصفية هذه تدوم خمسة ايام و ينتج منها ٤٠ - ٥٠٠ كيلوغرام من الفحم الحيواني بحالة عجين .

اما كمية حمض الكلوريدريك المستعمل لتصفية الفحم فيجب ان تحسب بدقة تامة ذلك لانه اذا كان بمقدار غير كاف يبقى هناك شيء من الملاح الكلسية ممزوجاً بالفحم مما يكون سبباً في تلوث العمليات التالية بكثير من الشوائب ، وانا كان اكثر مما يقتضي احتاجت التصفية الى نفقة اكثر دون جدوى

وتحسب كميته بسلسلة تجارب تجرسي على مقدار معلوم من الفحم الخام معالماً بحمض الكلوريدريك على نسب متزايدة . فاذا كان مقدار الفحم المستحصل في تجربتين متعاقبتين هو هو ختمت العملية بلوغ الفحص الحد الاعظم .

واذا نظرت الى الجدول الآتي :

فحم خام مسحوق ١٠٠ غرام ١٠٠ غرام ١٠٠ غرام ١٠ غرام
 حمض الكلوريدريك (٢٢ بومه) ٧٠ سم ١٠٠ سم ١٢٥ سم ١٥٠ سم
 فحم صاف ناتج ٣٩١٧ غرام ٢٤٦٥ غرام ٢٠٦٩ غرام ٢٠٦٩ غرام
 ترى ان مقدار الفحم الصافي الناتج بمعالجة ١٠٠ غرام من الفحم المسحوق
 بـ ١٢٥ سم ٧٠ سم من حمض الكلوريدريك بثقل ٢٢ بومه او ما يعادل ١٤١٨
 يساوي ما ينتج بمعالجة ١٥٠ و ٣٠٠ سم ٧٠ سم لذلك نتخب هذه النسبة التي تعادل

$$١٢٧ = ١٤١٨ \times ١٢٥$$

غراماً من حمض الكلوريدريك لاجل ١٠٠ غرام من الفحم واذا كان
 حمض الكلوريدريك بثقل ٢٢ بومه يحتوي على ٣٥ - ٣٩ ٪ من (ClH)
 وكان الحمض التجاري بثقل ٢٠ - ٢١ بومه لا يحتوي أكثر من ٣٣ ٪
 وجب استعمال مقدار :

$$\frac{٣٥١٣ \times ١٢٧}{٣٣} = ١٥٧$$

كيلوغراماً من حمض الكلوريدريك التجاري بثقل ٢٠ - ٢١ بومه
 لاجل ١٠٠ كيلو غرام من الفحم المسحوق . بل نجعل الكمية ١٦٠ كيلو
 غراما لتكون هناك زيادة يسيرة منه ضرورة جداً لتحليل الملاح الكلسية
 تماماً وللفصل الحديد (الناتج من تكليس العظام في معوجات من الحديد الصلب
 ومن شوائب الحمض التجاري ذاته) . فاذا لم يكن الحمض بمقدار كافٍ اتحد حمض
 الفسفور المنفصل بالحديد وكون فصفاء الحديد غير النواية فامتزجت بالفحم
 واذا كان بمقدار كافٍ لم يحدث هذا التحلل لتكون كلور الحديد الذواب

فيفصل بالابانة والنسل كما تقدم .

فالفحم المنفصول على الصورة المشروحة يتصف وهو بحالة عجينة بخاصة
القصر من الدرجة القصوى اذا كان رطباً كما يتضح ذلك مما يلي : قوة القصر

٧	فحم خام مسحوق
٥	فحم منقول ومجفف
١٠	» » ورطب

تحليل الفحم الحيواني . - ينظر في هذا التحليل الى سبعة اشياء هي :

- ١ القوة القصرية
- ٢ الرطوبة
- ٣ الفحم
- ٤ الرماد
- ٥ فصانة مثثة الكلسيوم
- ٦ - فجأة الكلسيوم
- ٧ - الحديد

اولاً - انقوة القصرية . - تقدر القوة القصرية باستعمال سلم عيارية موءلفة
من اجد عشر انبوباً متساويات الاقطار فيها من محلول الكاراميل (caramel)
(المياأ باذابة ٨ غرامات منه في م . ١٠ من الماء المقطر لاجل اللتر) بالنسب الآتية :

٠٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	محلول الكاراميل مقدراً (بسم م)
١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠٠	ماء مقطر مقدراً (بسم م) ٠٠
١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	٠٠	درجة اللون

يؤخذ ١ غرام من الفحم الحيواني المطلوب فحصه ويضاف اليه ١٠٠ سم^٣ من محلول الكاراميل الآنف الذكر ويغلى عشر دقائق ثم يرشح في انبوب يساوي الانابيب العيارية قطراً ويتحرى الانبوب العياري الذي يتماثل لونه بلونه .

ثانياً - الرطوبة . ٥٠ غراماً من الفحم تسحق ناعماً جداً ثم توضع في دورق موزون ذي سدادة زجاجية محكمة وتجفف على حرارة قدرها ١١٠-١٢٠ درجة مئوية حتى الوزن الثابت . ويستنتج مقدار الرطوبة مما نقص من الوزن في أثناء التجفيف .

ثالثاً ورابعاً - الفحم والرماد . - يؤخذ من الفحم ٢ غرام على ورقة ترشيع معلومة الوزن ويفصل الفحم بماء مخمض بمحضر الكلوريدريك ثم بماء مخمض بمحضر الازوت لتذويب الشوائب (الا الرمل وبعض السليكا) ثم يفصل بالماء الحار لدفع فضلة المحضر ويجفف على حرارة قدرها + ١١٠° ويوزن . فالوزن يدل على مقدار الفحم والرمل .

توضع ورقة الترشيح وما فيها في بوتقة بلاينية وترمد (incinération) بلامسة الهواء حتى يحترق الفحم تماماً ويستحيل الى رماد ابيض ناعم او ضارب الى الحمرة . ثم توزن . فالفضل بين وزن ورقة الترشيح ووزن الرماد هو مقدار الرمل . والفضل بين الوزنين الاول والثاني هو مقدار الفحم الصافي فقط .

خامساً - فصفاة مثثة الكلسيوم تقدر فصفاة مكلسة الكلسيوم بتحويلها الى فسفو موبدأة الشادر وهذه الى فصفاة المغنيزيوم النارية (pyrophosphate de magnésium) . ولاجل ذلك يبيأ المحلولان الاتيان :

١ - محلول مولبدات النشادر : يذاب على البرودة في الماء المقطر ١٥٠ غراماً من مولبدات النشادر ويكمل الحجم الى ٥٠ سم^٣ بالماء المقطر . ويهياً من جهة اجري ٥٠٠ سم^٣ من محلول حمض الازوت في الماء ليكون بشقل ١٤٢ (اي ٢٥٠ سم^٣ م من الماء + ٢٥٠ سم^٣ من حمض الازوت الصافي) . ثم يصب محلول المولبدات على محلول الحمض (ولا يجوز العكس) ويترك المزيج ثلاثة ايام في مكان دافئ . ثم يرشح وتحفظ الرشاحة في زجاجة سوداء .

٢ - محلول ملح المغنيزيوم : ١١٠ غرامات من كلور المغنيزيوم و ١٤٠ غراماً من كلور النشادر تذاب في ٧٠٠ سم^٣ م من محلول النشادر ٨ % . ويضاف الى الجميع ١٣٠٠ سم^٣ م من الماء المقطر فيحصل من المزيج لتران . اما المعالجة فتجرى كما يلي :

تؤخذ حوقلة مكيلة بسعة ٢٥٠ سم^٣ م ويوضع فيها ٥ غرامات من الفحم و ٢٥٠ سم^٣ م من حمض الازوت النقي و ٢ سم^٣ م من حمض الكبريت الكثيف . يخض المزيج ثم يعرض على النار ويفلى بلطف نصف ساعة . وبعد ان يبرد يكمل الحجم بالماء المقطر حتى اشارة العيار ويرشح السائل من ورقة ترشيح جافة .

يؤخذ من الرشاحة ٤ بماص مكيل ٥٤ سم^٣ م ١ تعادل غراماً واحداً (النموذج) وتوضع في وعاء متحمل للحرارة (نحو زجاج بوهيميا) ويضاف اليها ١٥ - ٢٠ سم^٣ م من محلول ازوتات النشادر ٥٠ % و ٧٠ - ٨٠ سم^٣ م من محلول مولبدات النشادر .

يسخن هذا المزيج ساعة واحدة على حمام مائي حرارته ٧٠° - ٨٠° ثم يترك

لنفسه هنية فترسب بلورات فصفو مولىءاء الشاءر الصفرء . وبعء ان يئرء السائل ءاماء يرشح من ورقة ءرشىء ءافة وىفسل الراسب بمءلول ءمض الازوء ١ /٠ المضاف الىه بضعة ءراماء باللىءر من ازوءاء الشاءر ؁ ءءى يءءرء الراسب من اءار الكلس ءاماء اى ءءى لا يئرء راسب اىض بمءالءة شىء من الرشاة بمءلول فءاءة الشاءر

فاذا كان الفاءص يكءنى بماءيرة قرىة من الصءة (وهى ءكفى فى ءور الصناءة) عمء الى ءءفىف الراسب فى ءرارة ءءرها ١٠٠ ءرءة ءم وزنه ٠ فاذا ضرب الوزن الءاءء برقم ٢٣٧ . ءصل على مءءار ءمض الفصفور اللامائى (P_2O_5) أو برقم ٦٨٠٧ . ءصل على مءءار فصفاءة مءءلة الكلسىوم $(PO_4)_2Ca_3$ اما اذا رىءء مءاءيرة ءقىة فءءبع الءطة الآءة :

ىءمل القمع وما علىه من الراسب ؁ على الوءاء المءءمل للءرارة الءى ءم فى ءرسىب فصفو مولىءاء الشاءر وىصب على الراسب ءطرة ءطرة من مءلول الشاءر ٢٤٥ /٠ الءار (ءرارءه ٣٠ - ٤٠) ءءى يءوب الراسب ءاماء ٠ وءفسل ورقة ءرشىء بما ءال ٠ ولما يئرء المءلول يضاف الىه ٥٠ - ١٠٠ سم م (بمءب ءلة P_2O_5 او ءءرءه فى النموءء) من مءلول ملح المءنزىوم وىءرك بضع ءقائق بءفضىب زءاءى ءون ان ءمس ءءران الوءاء ءم يءرك لنفسه اءءى عشرة ساءة ىءم ءلالها ءرسب بلورات فصفاءة الشاءر والمءنزىوم البىض فىءءم على ورقة ءرشىء معلومة الوزن وىفسل بمءلول الشاءر ٢٤٥ /٠ ءءى لا يئرء راسب بمءالءة شىء من الفسالة بقلىل من ازوءاء الفضة (ءلىل زوال الكلورور ءمىعه) .

تجفف ورقة الترشيع وما فيها من الراسب ، في التنور ثم توضع في جفنة بلاتينية وتكلس (calcination) حتى يبيض الرماد تماماً . توضع الجفنة بعد ذلك في مجفف وتوزن بعد ان يبرد . فاذا ضرب وزن فصفاة المغز يوم النارية الناتجة برقم ١٦٤ . حصل مقدار حمض الفسفور اللامائي $p2O5$ او برقم ١٦٤ : نتج مقدار فصفاة مثلكة الكلسيوم $2Ca3 (pO4)$

سادساً - فحمة الكلسيوم : توضع ١٠ غرامات من الفحم الحيواني في قارورة جهاز جيسلير (Geissler) وفي مخبر الحمض من الجهاز ذاته يوضع ٥٠ سم . م من حمض الازوت الممدد . ويوزن الجهاز كله . ثم يفتح اللولب فينصب الحمض شيئاً فشيئاً على الفحم ولما ينقطع الفوران يسخن الجهاز بلطف ليتم انطلاق غاز حمض الفحم اللامائي . ثم يوزن مرة اخرى . ففضل الوزنين الاول والثاني هو مقدار حمض الفحم المنطلق . فاذا ضرب مقدار حمض الفحم هذا برقم ٢٤٢٢ نتج مقدار فصفاة الكلسيوم .

سابعاً - الحديد . - (١) في الفحم الخام : تؤخذ الرشاحة والفسالات الناتجة من ترشيع راسب فصفو موبداة الشادر (تعادل ١ غرام من الفحم) وتعالج حتى الاشباع بروح الشادر فيرسم الحديد بمالة مآت الحديد يسخن على حمام مائي ساعة واحدة يتم خلالها الترسيب .

يؤخذ الراسب على ورقة ترشيع معلومة الوزن ويفسل بالماء الشادري . ثم تكلس الورقة وما فيها حتى الوزن الثابت وتوزن . فالوزن هو مقدار الحديد بمالة اكسيد ونصف الحديد $Fe2O3$ (sesquioxys de fer) .

(٢) في الفحم المغسول : يرمد ٢ غرام من الفحم المراد فحصه . يوضع

هذا الرماد الضارب الى الحمرة في جفنة صينية مع ٣ سم ٥ م من حمض الكلوريدريك الصافي و٣ - ٥ سم م من الماء المقطر ويختر حتى الجفاف فاذا ابيض فذلك والا فيضاف من الحمض والماء ويختر مرة اخرى .

يضاف عندئذ ٣ سم م من حمض الكبريت النقي الخالي من الحديد وتوضع الجفنة على حمام مائي غال حتى لا يبقى اثر لحمض الكلوريدريك . يصب ما فيها في دورق أرلنبر مع ١٠٠ سم م من الماء المقطر وكمية مناسبة من حبات التوتياء النقية وبغمس الاناء في حمام مائي جار حتى يتم ارجاع الحديد الى الحد الاصفر اي حتى لا يشاهد لون احمر وردي بوضغ قطرة واحدة من السائل على صفيحة صينية يضاء مع قطرة من محلول سلفو سيانات البوتاسيوم . ثم يعاير هذا المحلول وهو بمجراة ٦٠° بمحلول الحرباء المعاير (اي فوق منفئات البوتاسيوم) حتى يدولون وردي يزول بعد هنيئة وتحسب كمية الحديد مما صرف من الحرباء .

فهرس المواد العام

للمجلد السابع من مجلة المعهد الطبي العربي
مرتب على حروف المعجم

« أ »

الصحيفة

٢٠٧

اللاوزون والهيون

« ب »

٥٧٧

البرداء مرض خالج

٥٤١

— البضوعين (تحضير —

« ت »

٦٢٨

تارية

« ج »

١٩٧

— الجروح (معالجة —

« ح »

٥٩٩، ٥٢١

حبة الشرق

المستحدثات الطبية

١٢٣

اللاونادين في آفات الاذن والبلعوم

١٢١

— البرداء باليلوكوبين (معالجة —

٤١٦،

التراخوم

١٢٣

— الحروق المبهضة بالكحول العرفة (معالجة —

١٢٥

— الحصة (علامة جديدة بأكرة في —

٤١٨

داء الرز

الصحيفة

- ١٩١ — زهري المعدة (المعالجة الوحيدة في —
 ١٢١ السببوسيد
 ١٢٦ — تسكين الام الاسنان والاذن (طريقة جديدة في —
 ١٢٠ — السلرغان المدر (تأثير —
 ٤١١ — السل باللقاحات (معالجة —
 ٤١٠ — السل بنظام غرسون الغذائي (معالجة —
 ٤١٢ اضطرابات المبيض والغدة النخامية
 ٤١٩ الضنك
 ٤٠٥ عسر الهضم
 ٤٠٦ عسرات الهضم اثر اضطراب الغدة الدرقية
 ٤٠٦ عسرات الهضم اثر اضطراب الكظر
 ٤٠٧ عسرات الهضم اثر اضطراب المعشكلة
 ١٢٢ — العصاب الودي بالسوموارنين (معالجة —
 ٤١٤ — الفالج العام بالبرداء (معالجة —
 ٤٠٥ الافراز المعدي في الحالتين الطبيعية والمرضية
 ٤٠٧ قرحة المعدة
 ٤٠٨ قرحة المعدة بالانسولين والميولين والاستدماء الثاني (معالجة —
 ٤٠٩ — الاتان السلي بأرجين جوسه (معالجة —
 ٤٠٩ — الاتان السلي بالذهب (معالجة —
 ٦٣١٤٥٧٥٠٥٠٠٤٤٤٥٤٣٧٨٤٣١٢ — حمض الليمون (صناعة —
 ١٠٨ — الحبل بتسوس الاسنان (علاقة —
 ٥٩٣ الحلي الحذارية

«نخ»

- ٤٤٩ التخدير التقيفي في مستشفى دمشق العام

الصحيفة

- ٣٩ التخدير الناجي في عملية العلم
 ٤٩٤ خطاب المحامي حامد ناجي في حفلة توزيع الشهادات
 ٤٨٧ خطاب الدكتور حسني سبيع في حفلة توزيع الشهادات
 ٤٨٥ « فخامة رئيس الوزراء « « « «
 ٤٤٢ « عميد الجامعة السورية « « « «
 ٤٩٧ « الدكتور هاشم الجندي « « « «
 ١٢ انخفاض التوتر الشرياني في الامراض المزمنة

« د »

- ٢٥ داء بوت
 ٢٥٧ داء المتحولات (تمهيد)
 ٢٦٢ « « الدين و يقظاته
 ٢٨١ « « الذليل
 ٢٨٤ — داء المتحولات (اشكال الكبد في —
 ٢٩٦ — « « (قولنجات كبدية موهمة في —
 ٢٩٨ داء المتحولات في مصر
 ٢٧٤ « « المعوي والتهاب الزائدة
 ٢٩١ — « « (تنقلات نادرة في —
 ٢٦٧ داء المتحولات التنفسي
 ٢٨٨ — « « (حالة يرقانية في —
 ٥٨٣ — الدواחס وفلغمونات اليد (معالجة —

« س »

- ١٢٩ السرطان
 ٧٨ سرطان الثدي
 ٢١٩ — السطح التنفسي (الاراء الجديدة عن توتب —

الصحيفة

٣٥٩	السل
٣٦٩	— السل (ارشادات صحية لاتقاء —
١٨٢	تسويس الاسنان

« ش »

٥٥٩	— الاثرية الروحية (ضرر —
٢٠	الشراذ في البرداء المزمنة

« ص »

٥٣٣	الصحة وكيف تتوصل الى وقايتها
٤٦٦	الصداع وانواعه ومعالجته
٤٢١٤٣٤٨٤٣٠٣٤٢٢٨٤١٦٧٤٨٨٤٥١	الصداعات

« ض »

١٣٦	الفنك
-----	-------

« ط »

٦١١	الطعوم
٤١	التطهير والطهارة

« ع »

٢٣٨	معهد الطب في دمشق
-----	-------------------

« ف »

٣	فاتحة السنة السابعة
٦٥	انتفاك الشيكية

« ق »

٤٣٦	القبائل المجازات
-----	------------------

«ز»

كتب جديدة :

- ١٢٧ ذكرى البطريك غريغوريوس الرابع
 ١٢٨ — الرياضة البدنية (مجلة —
 ٦١ اطروحة جميل كباره
 ٤٢٧ « مطر
 ٤٢٩ « فاطم المبداني
 ٦٤ تقويم البشر
 ٤٣١ تهذيب الاخلاق
 ٣٢٦ — كسور الطرف العلوي المنقطة (معالجة —
 ٣٢٧ — كسور الطرف السفلي المنقطة (معالجة —
 ٩٨ — الكسور المنقطة (معالجة —
 ٢٥٠ الكافور ومشتقاته الخلووية الدواة في الماء

«ل»

- ٤٣٣ اللجنة الفاحصة الفرنسية في معهدنا الطبي
 ١١٦٤٥٩ الالفاظ الطبية
 ٣٩٤ التفاحات والمصول والمبولين في الجراحة
 ١٩٣ التهابات الخلب الزجاجية
 ٥١٣ التهاب السحايا المصلي المحدود
 ١٤٥ التهاب العظم والنقي
 ٣٤ — التهاب الغم القرصي الغشائي يحقن الور يد بكيانوس الزئبق (معالجة —
 ٣١٧ لويس فيالتون

المصحفة

٤٧٣٤٣٠٥٤٣٢١

الليبودول في اعضاء المرأة التناسلية

«م»

٤٧١

— المونة (ضخامة —

« ه »

٢٢٣

المواء التي مباح لجميع الناس بدون ثمن

« و »

١٥٦

— التوتر الشرياني (معالجة زيادة —

٤٣٧

توزيع الشهادات على خريجي معهد يي الطب والحقوق

فهرس الاعلام

من اسانذة المعهد والراسلين مرتبة على حروف المعجم

٤٧٣٤٣٨٥٤٠٢١	ابراهيم الساطي (الدكتور الاستاذ)
٦٢١٤٥٥٤٤١٠٨٤٣٩١٣٤	ابراهيم قندلفت (طبيب الاسنان)
٥١٣٤٤٢١٣٤٨٤٣٠٣٤٢٢٨٤١٦٧٤٨٨٤٥	انستاس شاهين (الدكتور)
٢٧٤	باولو پتر يديس (الدكتور)
٢٩١٤٢٨٤٤٣٨١٤٢٦٧	بانايوتانو (الدكتور)
٥٧٧٤٢٨٨٤٢٦٢٤٢٥٧٤٢٠	تريابو (الدكتور الاستاذ)
٦٥	جميل كباره (الدكتور)
١١	جيرو (الدكتور الاستاذ)
٣٩٤٣٤	جيفستاي فلكن وغوستاف (الدكتوران)
٤٩٤	حامد تاجي (الحامي)
٤٨٧	حسني سبج (الدكتور)
٤٨٥	فخامة رئيس الوزراء الشيخ تاج الدين الحسيني
٤٤٢	رضا سعيد (عميد الجامعة الاستاذ)
٤٣١	سهيل
٢٧٤٤٢٥٧٤٢١٩٤١٩٣٤١٣٦٤١٢٩٤٦١٤١١	شوكة الشطي (الدكتور الاستاذ)
٤٢٧٤٤٠٥٤٣٥٩٤٣١٧٤٢٩٨٤٢٨٤٤٢٨١	
٥٩٩٤٥٢١٤٤٢٩	
	صلاح الدين مسعود الكواكي (الدكتور)
٦٣١٤٥٧٥٤٥٠٠٤٤٤٥٤٣٧٨٤٣١٢٤٢٥٠	في الصيدلة
٢٩٦٤٢٩١٤٢٨٨٤٢٦٧٤٢٦٢٤٥٩	عبد الحليم العلمي (طالط الطب)
٢٩٦٤٢٨٨	عبد القادر الصباغ (الدكتور)
٢٠٧	عبد الوهاب الفتواتي (الصيدلي الاستاذ)

٥٧٧	عزة مريدن (الطبيب)
٤٥٩٣٤٥٣٣٤٤٦٦٤٣٦٩١٢٢٣	كامل سليمان الخوري (الدكتور)
١٢٥	كمال زوده (الدكتور)
٣٣٧٤٣٢٦٤٣٣٨٤١٩٧٤١٤٥٤٩٨٤٧٨٤٤١٤٧٥	لوسر كل (الدكتور الامتاز)
٦٢٨٤٦١١٤٥٨٣٤٥٤١٤٤٧٦٤٣٩٤١٣٥٩	
١٥٦	محمد محرم (الدكتور الامتاز)
١٤٥٤١٢٩٤١٢٧٤٩٨٤٧٨٤٦٤٤٤١٤٢٥٤٢٠٤٣	مرشد خاطر (الدكتور الامتاز)
٤٧٦٤٤٩١٤٣٣٤٣٩٤٤٣٣٧٤٣٢٦٤١٩٧٤١٩١	
٦٢٨٤٦١١٤٥٨٣٤٥٥٩٤٥٤١	
٢٥٤٤١٢٠٤١١٦	مسلم القاسمي (طالب الطب)
٢٣٨	ميشيل خوري (طبيب الامتنان)
١٨٢	نجاة ابراهيم الصفدي (طبيب الامتنان)
٤٩٧	هاشم البجندي (الدكتور)
٢٩٨	يوسف الخوري (الدكتور)



Neosalvarsan

هو محضر الامتاز اريخ الاصلي ولا
يزال يراقب تركيبه مراقبة دقيقة في مستوصف
فرانكفورت الوطني

يستعمل حقناً في الوريد

في

معالجة جميع ادوار الزهري والحى الراجعة وجميع الافات الحديثة

بالتعجيلات والحى التلث

امبول من ٤٥ ٠ ٤٠ ٠ ومن ٢٥ ٠ ٤٠ ٠ ومن ١٥ ٠ ٤٠ ٠
و ٦٣٠ ٠ و ٤٥٥ ٠ و ٦٦٠ ٠

